جامعة اليرموك
كلية التربية
قسم الإرشاد وعلم النفس الإرشادي

أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري بمحافظة القريات

The Effect of a Cognitive Behavioral Treatment Program in Reducing the Level of Depression among a sample of Diabetes Patients in Qurayyat Governorate

إعـــداد

عبد الرحمن عبيد العازمي

إشـــراف

الدكتور قاسم سمور

الفصل الصيفي

2013

﴿بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ﴾

قَالَ تَعَالَىٰ:

﴿إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ﴾

الرعد: ١١

قَالَ تَعَالَىٰ:

﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ
الْقِيَامَةِ أَعْمَىٰ (١٢٤) قَالَ رَبِّ لِمَ حَشَرْتَنِي أَعْمَىٰ وَقَدْ كُنتُ بَصِيرًا
(١٢٥) قَالَ كَذَٰلِكَ أَتَتْكَ آيَاتُنَا فَنَسِيتَهَا وَكَذَٰلِكَ الْيَوْمَ تُنسَىٰ (١٢٦)﴾

طه: ١٢٤ - ١٢٦

أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري بمحافظة القريات

إعـــداد:

عبد الرحمن عبيد العازمي

ماجستير إرشاد نفسي وتربوي ، جامعة مؤتة ، 2009

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس الإرشادي والتربوي في التربية ، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

وافق عليها

الدكتور قاسم محمد سمور.. مشرفاً ورئيساً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

الأستاذ الدكتور شفيق فلاح علاونة .... عضواً

أستاذ علم النفس التربوي في جامعة اليرموك

الأستاذ الدكتور أحمد يوسف قواسمة.. عضواً

أستاذ في القياس والتقويم، جامعة اليرموك

الأستاذ الدكتور سامي محمد ملحم.. عضواً

أستاذ في الإرشاد النفسي، جامعة عمان العربية

الدكتور عبد الكريم محمد جرادات.. عضواً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

تاريخ مناقشة الرسالة 4 / 8 /2013 م

الإهــــداء

إلى من كان العطاء والكفاح طريقهما، والأمل والإيمان ضوءهما، إلى من ذللا لي الصعاب

بدعواتهما الصادقة، والدي رحمه الله، ووالدتي رعاها الله.

وإلى أخي/ عبد الله بن عبيد أبو محمد الذي لم يدخر جهداً في مساعدتي

إلى من سكن الروح، وقدم العون بلا كلل، وأعطى بلا حدود، زوجتي

إلى أحلى النظرات، وأعذب الضحكات، يا من ملأتن الدنيا علينا طفولةً وجمالاً،

بناتي

إلى إخوتي وأخواتي الأعزاء

إلى وطني الغالي المملكة العربية السعودية

أهدي هذا الجهد المتواضع وفاءً وعرفاناً

الباحث

عبد الرحمن العازمي

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم، وبعد.....

فإنه يسعدني ويشرفني بدايةً أن أتقدم بجزيل الشكر ووافر الامتنان إلى الدكتور قاسم سمور لقبوله الإشراف على هذه الأطروحة، فقد كان الوجه المبتسم والقلم المضيء، لم يبخل في توجيهاته السديدة وملاحظاته القيّمة التي كان لها أكبر الأثر في إثراء هذه الرسالة وخروجها بهذه الصورة.

وأتقدم بالشكر الجزيل للسادة أعضاء المناقشة الأستاذ الدكتور شفيق علاونة، والأستاذ الدكتور أحمد قواسمة، والأستاذ الدكتور سامي ملحم، والدكتور عبد الكريم جرادات الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذه الرسالة ولتحملهم عبء قراءتها وسأكون حريصاً على الأخذ بتوجيهاتهم وآرائهم القيّمة والسديدة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أساتذتي الذين نهلت من خبراتهم، وأفاضوا علي من كري خُلقهم وسعة علمهم وحسن رعايتهم، مما منحني الثقة والعزم، ولا يفوتني أن أشكر كل من ساعدني في إخراج هذا العمل، فجزاهم الله عني خير الجزاء.

الباحث

عبد الرحمن العازم

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الملخص باللغة العربية

العازمي. عبد الرحمن عبيد. أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري بمحافظة القريات. أطروحة دكتوراه. جامعة اليرموك. 2013.

(المشرف: د. قاسم سمور)

هدفت الدراسة إلى تقصي فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسكري من النوع الأول والنوع الثاني. تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى السكري الذين يراجعون مركز السكري في محافظة القريات بالمملكة العربية السعودية (النوع الأول – النوع الثاني)، وقام الباحث باختيار عينة متيسرة من المفحوصين الذين حصلوا على (16) درجة فما فوق على قائمة(بيك). وقد بلغ عدد العينة الكلي (24) مريضا ممن توصل الباحث إلى إقناعهم بالبرنامج، وقد تم الاتفاق مع (12) مريضا ليشكلوا مجموعة تجريبية، و (12) مريضا عينة ليشكلوا مجموعة ضابطة، وتم تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على المجموعة التجريبية.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المجموعة، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، مما يؤكد فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم. وبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية بين القياسين البعدي والتتبعي، وجاءت الفروق لصالح القياس التتبعي. ولم تبين النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لنوع المرض على القياسين البعدي والتتبعي لقائمة بيك للاكتئاب.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب، مرضى السكري، برنامج معرفي سلوكي، القريات

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمـــــة

يعد الاكتئاب النفسي أحد أكثر الأمراض شيوعاً في الوقت الحاضر وتؤكد الدراسات الحديثة بإمكانية انتشاره في المستقبل، والاكتئاب النفسي هو المرض الذي يؤثر على طريقة التفكير والتصرف، ويصاب به الذكور والإناث على حدٍ سواء. كما يصاب به الصغار والكبار والمسنون، لا يفرق بين مستوى التعليم والثقافة ولا المستوى المادي. فالجميع معرضون للإصابة به. وقد شهدت الحقبة الأخيرة زيادة هائلة في حالات حدوث الاكتئاب النفسي في كل أرجاء العالم، وبخاصة نتيجة لانتشار مرض السكري بين فئات كبيرة من الناس (زيو، 2002).

وهناك ما يشير إلى أن مرض السكري والاكتئاب من الحالات المزمنة المسببة للضعف حيــث يرتبطان بمعدلات مرتفعة للمضاعفات والموت، وتكاليـــف الرعاية الصحــية المتزايدة. الأشخاص المصابون بداء السكري يعانون غالباً من الاكتئاب مما يجعلهم يجدون صعوبة في إتباع التوصيات الخاصة بمرضى السكري، كما أن لديهم ضعفاً في السيطرة على التمثيل الغذائي، ومعدلات أعلى في حدوث المضاعفات، وزيادة في الحاجة إلى الرعاية الصحية وتكاليفها، وهم أكثر عرضة للإعاقة وفقد الإنتاجية، ونوعية حياة أقل بالإضافة إلى زيادة خطر الموت. فمن المهم وضع الاستراتيجيات المنظمة للرعاية الطبية لتحسين صحة هؤلاء الذين يعانون من مرض السكري والاكتئاب (Mezuk & Eaton 2008).

وتختلف التقديرات العالمية لانتشار الاكتئاب بين المصابين بالسكري باختلاف نوع السكري نفسه؛ فالأشخاص الذين يعانون من السكري أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الأشخاص الذين لا يعانون منه. مع أن الآليات التي تربط بين تلك الحالات لم تتضح معالمها بالكامل بعد. وبمراجعة الدراسات تبين ارتباط الاكتئاب بزيادة قدرها 60% للسكري من النوع الأول، في حين صاحب النوع الثاني من السكري نسبة معتدلة بلغت 15% لاحتمال زيادة الإصابة بالاكتئاب (عسكر، 1988).

وقد بينت دراسة الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Society, 2010) التي أجريت على عينة من السيدات لمدة (10) سنوات أن الاكتئاب يزيد من مخاطر مرض السكري، وهذا بدوره يزيد من مخاطر للاكتئاب،. وأكدت الدراسة أن (17%) من النساء المصابات بالاكتئاب أكثر عرضة لظهور مرض السكري. حتى بعد أن اخذ الباحثون في اعتبارهم عوامل الخطر الأخرى مثل الوزن، وقلة ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، هذا إضافة إلى أن (25%) من السيدات اللواتي تناولن مضادات الاكتئاب كنّ أكثر عرضة لظهور مرض السكري، وأوضحت الدراسة أن النساء المصابات بمرض السكري كنّ أكثر عرضة لظهور الاكتئاب بنسبة (29٪) بعد الأخذ في الاعتبار عوامل الخطر الأخرى، في حين أن نسبة (53%) من السيدات تعرضن للاكتئاب في أثناء تعاطيهن للأنسولين.

لذلك أصبحت الخدمات النفسية في الوقت الحالي عنصراً حيوياً حاسماً من عناصر العلاج الشامل لمرضى السكري، لأجل التعامل والتصدي للمخاطر النفسية التي قد تواجه المرضى المصابين بالسكري. وقد استجابت العديد من المؤلفات والأعمال البحثية المنشورة لهذا بواسطة تطوير برامج وتدخلات علاج نفسية مثبتة فاعليتها تجريبياً في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية الملازمة للمرض. ويعد البرنامج التدريبي المستند إلى منهج العلاج

المعرفي السلوكي واحداً من الخيارات الناجحة في التقليل من حدة الاكتئاب والمحن النفسية المرتبطة بالإصابة بمرض السكري (علاء الدين وعبد الرحمن، 2011).

إن من أصعب الأمور أن يواجه مريض السكري أو مريض الاكتئاب المرض دون تدخل إرشادي، لذلك فهو بحاجة إلى مرشد يساعده على إزالة قلقه واكتئابه وتقليل خوفه والتخفيف من الأمة. كما أن مرض السكري يعد من الأمراض التي ترتبط بالقلق النفسي المسبب للاكتئاب. ومريض السكري يعاني الكثير من الاضطرابات والمتاعب النفسية والانفعالية، ومن ثم فإن المريض في حاجة ماسة إلى تحقيق نوع من الرضا والتوافق النفسي تجنباً لأي أعراض جانبية، ولن يتحقق الرضا والتعايش النفسي مع المرض إلا من خلال مجموعة من الإرشادات والاستراتيجيات القائمة على مجموعة من الأسس النفسية والعلمية التي يتم من خلالها إرشاد وحث المريض على الالتزام بها سعياً لتحقيق تجنب الأعراض الاكتئابية. فقد أثبتت دراسة قامت بها هولي (Holley, 1983) الواردة في دراسة الفرع (1989). أن 95% من مرضى السكري المصابين بالاكتئاب تحسنوا بدرجة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بفضل البرنامج الإرشادي المبكر، لذلك فضلت أن يكون موضوع البحث عن تقديم برنامج تدريبي معرفي سلوكي، للخفض من مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسكري.

وقد بين (زهران، 1997). أن مرض الاكتئاب وداء السكري لا ينتقلان عن طريق العدوى من المرضى إلى الأصحاء، فالأطباء وغيرهم من أفراد الهيئة الطبية الذين يتولون علاج المرضى ليسوا أكثر تعرضاً للإصـــابة بهما من باقي النـــاس.

وللبرامج الإرشادية دور كبير في التخفيف من حدة المشاعر السلبية التي يعاني منها مريض السكري وتنمية اتجاهاته الإيجابية نحو ذاته وتعديل نظرته بأنه ليس عبئاً على الآخرين، وإنما هو فرد منهم له حقوق وعليه واجبات. ومما لاشك فيه أن الجانب المعرفي يؤثر على

انفعالات المريض، عندما ينظر لنفسه بأنه أقل كفاءة من غيره، وهذه الفكرة بحد ذاتها من المتوقع أن تجعله يبني جوانب من السلوك المرضي مثل القلق والاكتئاب (عبد الفتاح، 2004).

ويذكر العيسوي (1997) أن الإنسان وحدة متكاملة ومتفاعلة من القوى النفسية والجسمية، وإن النظرة الثنائية الانفصالية تؤدي إلى صعوبات في فهم الظواهر النفسية والجسمية معاً. وقد تحدى بيك فكرة أن الاكتئاب ينتج بسبب أن الفرد يصب جام غضبه على نفسه. وبدلاً من ذلك ركز بيك على محتوى تفكير المكتئب السلبي ثم على تفسير الأحداث بشكل غير صحيح. حيث وجد أن هناك أخطاء معرفية حتى في محتوى الأحلام لدى المرضى المكتئبين(الخفش، 2011).

وأن مريض السكري، قد يطور صفة مركزية تقوده طواعية إلى الاكتئاب وهي نقده ولومه لذاته، حيث يتوقع أنه سبب في إصابة نفسه بهذا المرض، حينما أهمل نفسه من المتابعة الطبية، واعتمد على أسلوب حياة ونمط غذائي غير متلائمين لا يتناسبان مع طبيعة جسده الصحية. ويعد مرض السكري من الأمراض المنتشرة في المملكة العربية السعودية (الحميد، 2007؛ التويم، 2012)، وبما أن الدولة تسعى إلى توفير أفضل الخدمات الصحية، وإنشاء أحدث المراكز العلاجية الطبية المتخصصة المستقلة عن المستشفيات العامة، إلا أن هؤلاء المرضى يحتاجون إلى المزاوجة بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي، وتفعيل البرامج العلاجية النفسية التي أثبتت أنها تخفف من حدة المشكلات النفسية المصاحبة لمرض السكري، كالقلق والاكتئاب والخوف والتوتر والغضب والأعراض النفسجسمية. ومن هنا جاءت فكرة تطبيق أول برنامج تجريبي معرفي سلوكي في تخفيض حدة الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري في المملكة العربية السعودية.

مرض السكري Diabetes Mellitus

كثر المصابون بمرض السكري في أرجاء الدنيا ففي الولايات المتحدة والتي تعد زعيمة العالم المتقدم في التكنولوجيا والرعاية الصحية، إلا أنها تعد من أكثر البلدان سوءاً ومرضاً في كثير من النواحي الصحية حيث بلغت نسبة تفشي مرض السكري حوالي 6% في عام 2007، أي أكثر من 17 مليون مريض بالسكري وبمضاعفاته وأكثر من ذلك بكثير في البلدان العربية ومنطقة الخليج العربي خاصة وصلت نسبة الإصابة بمرض السكري في المملكة العربية السعودية على سبيل المثال- إلى ما يقارب 26% في نهاية 2007 من السكان مصابون بالمرض، أو من لديهم استعداد للإصابة به. ويتوقع أنه في عام 2025 م أن يصل عدد المصابين بمرض السكري في أنحاء العالم حوالي 300 مليون إنسان بجانب عدد مماثل لديهم استعداداً للإصابة بالمرض في أي وقت(ندا، 2007).

ولذلك فإن فهم أي مرض يتطلب التعرف إلى تاريخه، وبخاصة أن مرض السكري من أقدم الأمراض المعروفة؛ فقد وجدت بعض صحائف البردي التي دونها القدماء المصريون منذ أكثر من ألفي عام تصف أعراضه، وذكرته أيضاً الكتابات الصينية القديمة وكذلك ذكره أطباء اليونان القدماء (70 قبل الميلاد) وهم الذين أطلقوا عليه اسم (Diabetes Mellitus) وكلمة (Mellitus) باللغة اللاتينية تعني الحلو المذاق أو: العسل وكلمة (Diabetes) تعني خروج السائل والمقصود به البول، وبذلك يكون المعنى الكامل (البول السكري) (Barnett & Krall, 2005).

ويعتبر الدكتور الإنجليزي كاولي (Coley) أول من استطاع تشخيص هذا المرض سنة 1783م عندما حلل بول المريض وبرهن على وجود مادة الجلوكوز في البول بنسبة عالية. وقد لاحظ بعد بضعة سنوات عندما كان يجري تشريحاً على جثة أحد المتوفين الذين كانو

يعانون من هذا المرض، أن غدة البنكرياس مختلفة إلى حد كبير عن الشكل الطبيعي الذي يعرفه (نداء، 2007). وفي نهاية القرن التاسع عشر، قام كل من جوزيف فون ميرنق (Joseph von Mering) وأوسكار مينكوسكي (Oscar Minkowski) المشار إليهما في (الضميري، 2012) بإجراء جراحة لنزع غدة البنكرياس من أحد الكلاب وبعد هذه الجراحة لم يمت الكلب ولكنهم لاحظوا أنه يشرب الماء بكثرة ويتبول بكثرة ولاحظا أيضاً أن الذباب يتجمع حول بول الكلب، ولذلك قاما بتحليل هذه البول فوجدا أنه يحتوي على نسبة عالية من سكر الجلوكوز وسرعان ما اكتشفوا أنهما قد سببا مرض السكري لهذا الكلب.

وخلال عام 1921م تمكن فريدريك بانتنج (Frederick Banting) وزملاؤه من إنتاج وتحضير الأنسولين الناجح والمفيد في علاج مرض السكر، وفي شهر يناير من العام 1922م تلقى المراهق ليونارد تومسن (Leonard Thompson) وعمره 14 سنة أول جرعة أنسولين في العالم وذلك في مستشفى تورنتو العام بكندا(العنزي، 2009).

ويعرف وينق (Wang, 2008) مرض السكري بأنه خلل عضوي في الغدة الصماء الرئيسية المفرزة للأنسولين داخل البنكرياس مما يعيق الأنزيمات المساعدة على تنظيم السكر في الدم وعلى تنظيم الهضم الذي تساهم فيه جزر لانجرهانز داخل الجسم.

كما تعرف جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين American Psychiatric Association, 2006)مرض السكري بأنه خلل أيضي في البنكرياس يحد من إفراز الأنسولين في الدم وذكرت الجمعية أن 16.2% من المواطنين الأمريكان يعانون من السكري والاضطرابات النفسية المصاحبة له طوال حياتهم.

متى يصاب الإنسان بالسكري؟

يظهر مرض السكر في أي مرحلة من مراحل العمر إلا أن معظم الحالات تحدث بعـد أن يتخطى الإنسان سن الأربعين من عمره، إلا أنه قد يصاب الإنسان بهذا المرض قبـل هـذه السن ومن الممكن أن يصاب به الأطفال في سن مبكرة وإن كان ذلك نادر الحدوث، ويمكن أن يصيب هذا المرض الشباب في العشريـنات أو الثلاثيـنات وإن كانـت هذا الإصـابة محدودة النسبـة (World Health Organization, 1999).

إن مرضى السكري الذين هم من النوع الأول Type I يوجد لديهم نقص كبير في هرمون الأنسولين الذي تفرزه جزر لانجرهانز الموجودة في البنكرياس بسبب خلل فيها أو بسبب توقفها عن إنتاج هذا الهرمون بسبب تلفها لأي سبب آخر ولابد للمرضى من هذا النوع تعاطي حقن الأنسولين كبديل للأنسولين المفقود لديهم. أما النوع الثاني Type II فإن المرضى المصابين بهذا النوع لا يوجد لديهم نقص في إفراز الأنسولين من جزر لانجرهانز الموجودة في البنكرياس ولكن الخلايا المستقبلة للأنسولين في الجسم لا تستجيب له (Wang, 2008).

ويحتاج مرضى الداء السكري من النوع الأول تناول جرعات يومية من الأنسولين، ويحتاج بعضهم أكثر من جرعة أنسولين يوميا. ويجب أن يمتص الأنسولين في مجرى الدم ليكون فعالا وعليه فلابد من إعطائه عن طريق الحقن تحت الجلد وقليل منهم يستعملون المضخات المحمولة لحقن الأنسولين. ولا يمكن إعطاء الأنسولين عن طريق الفم لاحتمال تلفه في الجهاز الهضمي. تعتمد كمية الأنسولين الموصوفة من الطبيب على حمية المريض والعادات التي يمارسها. فإذا توقف مريض الداء السكري عن تناول حاجته اليومية من الأنسولين فإن كمية السكر الموجودة في الدم تزيد على الحد وتتسبب في حدوث حالة الحماض الكيتوني السكري، وبالتالي يدخل المريض في حالة السبات السكري (الحميد، 2007).

كما يتبع أغلب مرضى الداء السكري من النوع الأول المعتمدين على الأنسولين حمية منظمة تحتوي على كميات معينة من السكريات والدهون والبروتينات ويفحص أغلبهم أيضا بولهم أو دمهم يوميا لمعرفة نسبة الجلوكوز في الدم والاسيتون في البول. والاسيتون هي مادة تتكون عندما يكون تأثير الأنسولين غير كاف ولا يخضع المريض لهذه الحمية بشكل صارم، إلا إذا كان لديه ارتكاس ضد الأنسولين أو صدمة أنسولينية. وتحدث هذه الحالة عندما يكون تأثير الأنسولين كبيرا إلى الدرجة التي ينخفض فيها معدل سكر الدم إلى حد كبير، ويمكن أن يعرق المريض بشدة ويصبح عصبياً ضعيفاً واهناً، أو فاقداً للوعي. ويمكن معالجة هذه الحالة سريعاً بإعطاء المريض الطعام الغني بالسكر ويحمل كثير من مرضى السكر الشوكولاتة أو السكر معهم للاستعمال في حالة الارتكاس نحو الأنسولين (الفرماوي، 1996).

مرض السكري والضغوطات

وللضغوطات النفسية تأثيرٌ بالغٌ على مريض السكري بطريقتين ذكرهما الحميد (2007) كالآتي:

1- عندما يعاني الإنسان من ضغوطات كبيرة فإنه من السهل انقطاعه عن العمل الاعتيادي الذي انتظم عليه. وقد تؤدي الضغوطات إلى الانقطاع عن مزاولة الرياضة، وعدم الانتظام على الأغذية المفيدة صحياً للجسم، وعدم الانتظام في فحص السكر في الدم وبالتالي فإن الضغوطات ستؤثر بشكل غير مباشر بارتفاع السكر في الدم.

2- كذلك قد تؤثر الضغوطات برفع السكر في الدم أيضا بشكل مباشر، وكما هو عز الضغوط الناتجة عن مرض عضوي، فإن الضغوطات العاطفية عندما تزداد قد تحفز الجسم لإنتاج هرمونات تقاوم عمل الأنسولين. وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة مستوى

السكر في الدم، وتحدث تلك التغيرات بشكل أكثر شيوعا لدى المرضى الذين يعانون من الإصابة بالنوع الثاني من السكري، وقد تسبب هذه الضغوطات مضاعفات خطيرة على المدى البعيد.

وقد ينشأ مرض السكري عندما يعطل تأثير الأنسولين على السكر بتأثير الهرمونات المضادة التي تزيد من نسبة السكر في الدم بفعل زيادة إفراز الثيروكسين أو هرمون النمو في الغدة النخامية أو هرمونات قشرة الغدد (الأدرينالين). والمريض بالسكر تنتابه من الناحية النفسية حالات من الخلط الذهني والذهول تكون بدء الإصابة بغيبوبة السكر وفقدان الشعور والتي تعني زيادة السكر في الدم زيادة شديدة مع ظهور السكر والأسيتون في البول، ويزداد إفراز الأنسولين في حالة تورم جزر لانجر هانز مما يؤدي إلي هبوط سريع في نسبة السكر بالدم، وخاصة أن المخ يعتمد في وقوده وغذائه علي نسبة السكر في الدم. ومن ناحية أخرى يعتبر مرض البول السكري من الأمراض التي تتضح فيها العلاقة الدائرية المتداخلة بين القلق واضطراب التوازن الكيميائي بالجسم، فالمعروف أن القلق النفسي أو القابلية لأعراض القلق النفسي تكون أكثر ظهوراً بين مرضى سكر الدم، وربما كان مرض السكر نتيجة من نتائج الاضطراب الانفعالي والتأزم النفسي في حالات القلق الهائم المُلح العنيد. وبالمثل فان الإصابة بمرض السكر تجعل مستوى القلق يرتفع وينمو فيصبح مرضى السكر عرضة لأعراض الضيق والعصبية الزائدة، والاكتئاب ومعاناة الخلط والارتباك والنسيان في حالات الارتفاع الشديد في نسبة السكر بالدم (زهران، 2002).

الاكتئاب Depression

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة وانتشار الاكتئاب بين مرضى السكري يحظى باهتمام طبي واسع لأن الاكتئاب كاضطراب نفسي يصعب علاجه إكلينيكيا لمرضى الأمراض الطبية المزمنة، ما لم يزاوج بينه وبين العلاج النفسي(هلال، 1998).

لقد عانى العديد من الأشخاص المشهورين من الاكتئاب وعلى سبيل المثال: ابراهام لنكولن (Abraham incolin) والزعيم السياسي ونستون تشرشل(Winston Churchill) والفيلسوف لودفيج وتجنشتين(Ludvig Wittgenstein) وكاتبة القصة فرجينيا وولف Virginia وهناك وجهة نظر مؤداها أن الأشخاص شديدي الذكاء والابتكار يندمجون في الكثير من تحليل ونقد الذات. وبذلك يكون وعيهم كشافاً مزعجاً قاسياً موجهاً إلى الداخل وهناك وجهة نظر أخرى هي أن الأشخاص عامة يعانون من الاكتئاب. ولكن حين يعاني منه شخص مشهور فإنه يلقى الاهتمام والتركيز(عبد الكريم وخطاب، 2010).

تعريف الاكتئاب

يعرف الاكتئاب بأنه: " اضطراب انفعالي يؤدي إلى تدني المزاج، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة، والانطواء، والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم، والخمول " (الشربيني، 2001).

ويعرف أوستون وشاتريجي (Ustun & Chatterji, 2004) الاكتئاب بأنه اضطراب انفعالي ينتشر بين ملايين الناس حول العالم ويتسم بسلبية المزاج والأحاسيس السلبية كالوحدة والانطواء والأعراض الجسمية كالخمول وضعف الاستجابة.

وعرّفه تين (Tean, 2003) بأنه " خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء المرء لنفسه والتردد وعدم البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي مجهود ".

أما زاهد وأشغر وكلاوسن (Zahid, Asghr & Claussen, 2008) فقد عرفوا الاكتئاب بأنه تبلد انفعالي وخمول يرتبط برد فعل سلبي حول الأحداث المحيطة بالفرد والذي يركز في تفسيره لها على التشاؤم والمعاناة والقلق.

ويعرّف زهران (2005) الاكتئاب بأنه " حالة من الحزن الشديد المستمر ينتج للظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه ". ويذكر بيك و أيمري (Beck & Emery, 1985) أن الاكتئاب هو " حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة، والانطواء، والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم، والخمول وبطء الاستجابة ".

ويرى بيك (Beck, 1991) بأن الاكتئاب عبارة عن " اضطراب في المزاج أكثر من أي شيء آخر ينتج عن أنماط تفكير خاطئ "، ويرى أنه ناتج عن طريقة الفرد في معالجة المعلومات وطريقة تفسيره للأحداث، واعتقاداته، ورؤيته السلبية للذات والعالم والمستقبل. ويرى بيك أن هناك ثلاثة أشكال من المواقف التي يمكن أن تكون كافية لاستثارة الاكتئاب وهي:

- المواقف التي تعمل على انخفاض تقدير الفرد لذاته.
- المواقف التي تتضمن إعاقة تحقيق الفرد لأهداف مهمة بالنسبة له، أو تفرض عليه ظروف ومواقف لا قدرة للفرد على حلها.
- المواقف التي تؤدي إلى التدهور البدني والمرض.

والمعنى اللغوي للاكتئاب هو انكسار النفس من شدة الهم والحزن (الخطيب وسرحان وحباشنة، 2001)، وتشير منظمة الصحة العالمية (1999) أن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد يؤثر في أداء الشخص وحياته واستقراره، وهو أيضًا شعور بالضيق والحزن مع اليأس، وقد يصاحبه كسل أو على العكس نشاط متزايد.

فالاكتئاب حالة من حالات الشعور ولون من ألوان المزاج الذي يمكن أن يصيب الأشخاص في فترات متفاوتة من أعمارهم ومن الممكن أن يمر به أي مجتمع، حيث يعاني الكثير من الناس في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما كانوا يعانون في الماضي وفي المجتمعات السابقة، فهو منتشر في مختلف الطبقات الاجتماعية (Beach, 1989).

ويواجه الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب وقتا عصيباً للتفكير بوضوح أو تمييز الأعراض التي يمرون بها. وقد يحتاجون إلى مساعدة، وتتراوح درجة الاكتئاب من النوع البسيط إلى النوع الشديد الذي يحتاج إلى عيادة نفسية ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل الاكتئاب بأنه: حالة مزاجية مكدرة تعبّر عن فقدان الاهتمام والثقة في معظم الأحوال، ويشعر فيه المريض بالذنب وصعوبة التركيز وفقدان الشهية للطعام وتغير الوزن وتراوده أفكار حول الموت والانتحار (American Psychiatric Association, 2000).

وبالنسبة لتصنيف الاكتئاب نجد أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي صنف الاكتئاب ضمن اضطرابات المزاج، وأورد المعايير اللازمة لتشخيص نوبة الاكتئاب العظمى Major Depression Episode، والتي تتضمن وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال أسبوعين وتمثل تغييراً في الأداء الوظيفي السابق ويجب أن تتضمن الأعراض إما المزاج المكتئب أو فقدان اللذة (المتعة)، والأعراض هي:

- مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، كما يتبين إما بالإدلاء الذاتي أو بملاحظة الآخرين.
- نقص ملحوظ في الاهتمام أو الاستمتاع بكل الأنشطة كل يوم تقريباً.
- نقص كبير في الوزن، بدون إتباع حمية، أو زيادة فيه، أو نقص أو زيادة في الشهية كل يوم تقريباً.
- اضطراب النوم، إما أرق أو نوم مفرط.
- تهيج أو تأخر نفس حركي كل يوم تقريباً، ملاحظ من قبل الآخرين وليس مجرد مشاعر ذاتية.
- التعب أو فقدان الطاقة، كل يوم تقريباً.
- الإحساس بانعدام القيمة، أو إحساس مفرط بمشاعر الذنب.
- نقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد، كل يوم تقريباً.
- أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار، دون خطة محددة.

ويجب أن تؤدي هذه الأعراض إلى اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو أي وظائف مهمة أخرى، وليست هذه الأعراض ناتجة عن التأثيرات الفيسولوجية المباشرة لمواد الإدمان، أو تناول دواء، أو لمرض جسمي عام مثل: نقص نشاط الغدة الدرقية (السماك، ومصطفى،2001).

تطور الاكتئاب

إن تطور الاكتئاب لدى المريض يبدأ عادة بخبرة تمثل فقدانا له. وقد يكون الفقدان واقعي أو فرضياً أو كاذباً. وفي كل الحالات فإنه يكون مبالغاً فيه، ويدركه الشخص على انه دائم وغير

قابل للارتداد، كما ينظر إليه على انه انعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات بأن الشخص خاسر وليس له قيمة(الشناوي، 1994).

يوضح بيك Beck أن تطور الاكتئاب لدى الفرد يتم نتيجة تعرضه للخبرات السلبية والتي تجعله حساساً بدرجة زائدة، ومن هذه الخبرات فقدان أحد الوالدين، أو الرفض الدائم للفرد من قبل المحيطين به(عبده، 2010).

ويمر الفرد المكتب بمشاعر وانفعالات مؤلمة، تجعله لا يستطيع تحمل الألم، وأن دور المرشد هو توضيح الجوانب أو المظاهر الهزلية لموقف ما. حتى يستطيع المكتئب المرور بمشاعر خفيفة أثناء مواقف الحياة التي لا تطابق مع النقد الذاتي لمشاعره (Corey, 2005) والمكتئبين يتميزون بخصائص أخرى وهي المبالغة في مواجهة ضغوط الحياة، والمطالب الخارجية مثل الشعور بالقهر وكثرة المشاكل ويأتي دور المرشد المعرفي بالتركيز على حل المشكلة من خلال الطلب من المسترشد أن يحدد قائمة بالأشياء التي ينبغي القيام بها، وتحديد الأولويات والتحقق من المهام التي تم إنجازها حتى يكون المسترشد مدركاً للطرق التي يبالغ فيها (Beck, 1991).

وقد اقترح ريمي Rimmy الوراد في (عبده، 2010). نموذجاً للاكتئاب على أساس عيوب ضبط الذات، وحدد في نموذجه النواقص الخاصة بضبط الذات في ثلاثة جوانب هي مراقبة الذات، وتقييم الذات، وتعزيز الذات. ويرى بيرنز (Burns, 1980) أن الاكتئاب هو المشكلة الصحية الأولى في العالم' فالاكتئاب يمكن أن يؤدي في النهاية إلى الانتحار، والاكتئاب اضطراب بإمكان الفرد أن يواجهه من خلال تعلم بعض الوسائل التي تساعد على ذلك.

وبما أننا نعيش في عصر الاكتئاب إذ توجد في حياتنا اليومية انفعالات عديدة تمثل في مجملها أشكالاً للحزن، إذ يعد الاكتئاب أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً في الدول

المتقدمة، وقد ساد في علم الأمراض تصنيف الاكتئاب على أنه يتضمن ثلاثة اضطرابات هي الوجدان المكتئب والزملات الاكتئابية، والاضطراب الاكتئابي (الشربيني، 2001).

وقد وضع بيك نماذجه في الاكتئاب مستقلة ولكنها متداخلة وهي :

1. النموذج العرض أو المستعرض : يتناول خبرات هنا والآن والتي تلعب دوراً أساسياً في الاكتئاب.
2. النموذج الاستنتاجي البنائي: يتناول الأبنية المعرفية المسؤولة عن الاكتئاب، من أفكار أتوماتيكية، وأفكار مشوهة.
3. النموذج المتأثر بالضغوط: تمثل الأبنية المعرفية أساساً معرفياً يتم التعبير عنه، حينما تثيره أحداث الحياة.
4. نموذج التفاعل المتبادل: يتناول الديناميات الشخصية المسببة للاكتئاب.
5. النموذج السيكوبيولوجي: يتناول أوجه النقص المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تؤثر على الاكتئاب.
6. النموذج التطوري: يتناول كيفية تطور الأبنية المعرفية المسؤولة بدورها عن حدوث الاكتئاب(الشريف، 2006).

فالاكتئاب كما يرى ميلر وسيلجمان (Miller & Seligman, 1983) يحول الفرد إلى ضحية نمط واحد من الانفعال أو الأفعال السلوكية، التي يغلب عليها عدم التكيف والسلبية، ولوم الذات، فالفرد المكتب يتصرف في المواقف الاجتماعية بطريقة تعكس تقدير منخفض للذات، وضعف في مستوى التكيف، وهناك جوانب كثيرة من الاكتئاب تجعل علاقة المكتئب بالعالم الاجتماعي علاقة تكيفية سلبية، وذلك لأن المكتئبين يفتقرون إلى الإيجابية في المواقف

الاجتماعية، ويجدون صعوبة في بدء العلاقات مع الآخرين، ولا يحسنون التعبير عن أنفسهم، كل ذلك بسبب اضطراب السلوك الاجتماعي لدى الفرد المكتئب.

ويؤكد وليامز (Williams) الوارد في (الشريف، 2006). أن الاكتئاب، وما يصاحبه من أعراض كالتعب، يؤدي إلى ضعف في الطاقة والنشاط، وإلى خفض مستوى التكيف لدى الفرد، لذلك فإن التدعيم الإيجابي للفرد يساعده على زيادة مستوى التكيف لديه، وهذا الدعم الإيجابي يعتمد على ثلاثة مصادر هي :

1. دعم نفسي: مرتبط بخصائص ومميزات شخصية أو جسمية في الفرد، مثل عمره، ومستوى جاذبيته للآخرين وانتمائه.
2. دعم بيئي: من خلال نشوء الفرد في أسرة آمنة ديمقراطية وليست متسلطة.
3. دعم اجتماعي مهني: يرتبط بمستوى إتقان الفرد للمهارات الاجتماعية، وبخاصة في مهنته، وهنا يكون الفرد أكثر قدرة على التكيف ومقاومة الاكتئاب.

أسباب الاكتئاب

لا يتفق العلماء على أسباب الاكتئاب وإنما يبحثون عن العوامل التي تسهم في حدوث الاكتئـــاب ومنها:

1- الأسباب الوراثية:

وتستند على ما كشفته البحوث من وجود تماثل في شيوع هذا الاضطراب في أسر دون أخرى، وشيوعه بين التوأم حتى ولو نشئوا في ظروف اجتماعية مختلفة مما يوجد تفسيرًا وراثيًا (إبراهيم، 1998). فنسبة الإصابة بين التوأم المتشابهة تصل إلى 65% والتوأم المتآخية حوالي 14% وتقل الإصابة بين أفراد العائلة (عكاشة، 1998).

2- عدم التوازن الكيميائي:

اكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهمية خاصة، عندما بينت سلسلة من الدراسات المبكرة أن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة للاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين. وقد تبين أن هذا الاختلال يؤثر مباشرة في إمكانيات الإحساس بالراحة؛ مما يؤثر بدوره في إثارة الأعصاب، وأيضًا النقص الحاصل في أحاديث الأمين من الناقلات العصبية، مثل الدوبامين، والنورأدرينالين، والسيريتونين، والذي يدعم ذلك أن أدوية الاكتئاب الفعالة هي التي تعمل على زيادة هذه الناقلات العصبية في المشابك العصبية بوسائل كيميائية مختلفة (الخطيب وسرحان وحباشنة، 2001).

3- الأسباب الجسمية:

يوجد عوامل جسمية تعمل على تقليل قدرة بعض الناس على التحمل والتكيف، فينهارون عند تعرضهم لمواقف بسيطة يستطيعون تحملها بالظروف العادية، مثل ارتجاج المخ، أو بعد الولادة، أو الأنفلونزا الشديدة، وفي حالات الإصابة بالحمى والتسمم (الوكيل، 2010).

4- الأسباب الاجتماعية:

دلت الدراسات على أهمية السنوات الأولى للطفل في بنائه النفسي، وتأثير هذا البناء في إمكانية حدوث الاكتئاب في المستقبل، حيث إن الحرمان من الأم يشكل نقطة ترجيح لصالح زيادة الرعاية، بالإضافة للظروف الاجتماعية والبيئية الصعبة التي يعيشها البعض (الخطيب وسرحان وحباشنة، 2001).

النظريات المفسرة للاكتئاب:

1 النظرية التحليلية

فسر فرويد الاكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، حيث أن المكتئب يحمل شعورًا متناقضًا من ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى، يتولد الإحساس بالحب والكراهية والنبذ، وعندما يصاب الإنسان بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه ينكص لحاجاته الأولية وبعمليات دفاعية لا شعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص، ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود يمتص طاقته ويدمجها نحو الأنا، لذا تبدو أعراض على المكتئب مثل مظاهر العدوان والإنكار والشعور بالذنب والعار والإسقاط والتقمص والإدمان، فالاكتئاب بوصفه سلوكًا محاولة لاحتفاظ الأنا بتكاملها وتقليل من الشعور بالذنب عن طريق الألم، وتقليل من العداوة بالانسحاب وتحريك الآخرين ومحاولة السيطرة (عكاشة، 1998).

نظرية الذات

ويرى أصحاب هذه النظرية أن المريض بالاكتئاب يعاني من وجود فكرة عن نفسه يشعر معها بالضعف، وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته، فيحاول جاهدًا اتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه أنشطة مختلفة ليثبت أنه أحسن مما يشعر، ويستمر في هروبه من مواجهة نفسه ومن مشكلته، فإذا انهارت إمكانياته الجسمانية والصحية أحسّ بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه. وبذلك يجرد من سلاحه الذي كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف، فيعتريه الاكتئاب (الشربيني، 2001).

نظرية التعلم

يمكن النظر للاكتئاب حسب التفسير السلوكي على أنه وظيفة للتعزيز الخاطئ أو التعزيز الكافي، ويمكن حدوث الاكتئاب عند انسحاب التعزيز الكافي، كانسحاب الحب أو العطف والتأييد مع موت أحد الأقارب، ويركز التفسير السلوكي على أكثر الأعراض وضوحًا في الاكتئاب؛ ألا وهو انخفاض في درجة السلوك، والذي يطلق عليه القصور الدافعي، أي القصور بالدفعية، ويرى السلوكيون أن السلوك قد تم إطفاؤه من خلال معدل منخفض من الاستجابات التي تقترن بالإثابة، بمعنى أن المكتئب لا يمكنه العمل على قيام أحداث مبهجة مثيبة بمعدل يكفي السلوك الفعال (غريب، 1987).

نظرية تعلم العجز

يذكر كنول وتوسك وبيكمان وهاين وسنوك Knol, Twisk, Beekman, Heine, & Snoek, 2006) أن الفرد المريض بمرض عضوي يتطلب منه التعايش معه يقوم بالتعامل مع هذا التعايش بسلبية وبالتالي تتكون لديه حالة من اللامبالاة والانسحاب، التي تتحول لاحقا إلى العجز وعدم القدرة على الاستجابة، ثم تتطور الحالة بشكلها النهائي إلى مستوى مرتفع من الاكتئاب.

النظرية المعرفية

اعتقد بيك وراش وشو وإيمري(Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979) أن الاكتئاب يُعد اضطرابًا في التفكير وليس في الوجدان، وتتوالى أعراض الاكتئاب طبقًا لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة، وعندما تكون المعارف المستدعاة مضطربة في تقديرها للحدث، فإن المشاعر الواردة ستكون غير ملائمة للحدث. وطبقًا " لبيك " فمشاعر البؤس وقطع الرجاء أو

الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان والنقص والانهزام. كما لاحظ " بيك " عدم التجانس بين مفهوم الاكتئاب ومرض الاكتئاب، وقام بدراسة المفهوم من خلال خمس نقاط أساسية شملت الأنماط المعرفية في الأحلام، والعلاج النفسي، وحوادث الحرمان في الطفولة، وطبقًا لبيك فإن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية، ووجدانية ودافعية تترتب على نمط من التفكير السلبي والتشويه المعرفي الذي يميز المكتئبين عن غيرهم؛ إذ إن تفكير المكتئبين يقوم على ثلاثية معرفية من الأفكار السلبية والتقويم السلبي للذات وللحياة وأحداثها (الواقع) وللمستقبل. فالمكتئب يرى أنه غير كفؤ ومخفق وغير قادر على تحقيق أهدافه، كما يرى الحياة جافة وقاسية ومليئة بالصعاب والعقاب. وكذلك يرى أحواله السيئة لن تتغير وأنه لا أمل له في تحسين ظروفه. ومن أهم الأخطاء المعرفية التي يقوم بها المكتئبون حسب تفسيرهم للأحداث: الوصول إلى استنتاج خاطئ دون دليل، والتعليل الانتقائي، والمبالغة في التعميم، أيضًا التضخيم أو التقليل ولوم الذات والإحساس بالذنب والمسؤولية.

تصنيف الاكتئاب

يختلف تصنيف الاكتئاب باختلاف أعراضه وأسبابه وفيما يأتي تصنيف الاكتئاب حسب ما أورده (العيسوي، 1997؛ الكحيمي وحمام ومصطفى، 2003) بالاعتماد على مراجعتهم لمقياس بيك للاكتئاب:

1- الاكتئاب المعتدل: توجد فيه أعراض خفيفة من الحزن والإجهاد، وثبوط العزيمة، وعدم الشعور بلذة الحياة، ويزداد شعور المكتئب بالتعاسة وعدم الثقة بالنفس، وتطور فترة النوم عند الشخص، ويعاني من الإمساك.

2- الاكتئاب المتوسط: وفيه تظهر أعراض الاكتئاب بشكل مفاجئ نتيجة حادث طارئ مع مشاعر قوية بالكراهية والعدوان نحو الذات، وقد توجد بعض الهلاوس من النوع السمعي.

3- الاكتئاب الشديد: وفيه تظهر أعراض الاكتئاب وتستمر لفترة طويلة، ويكون الفرد معروفًا عنه قبل ظهور التباطؤ الحركي.

واستعرض إبراهيم (2002) أعراض الاكتئاب وذكر أن الاكتئاب يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض أطلق عليها الزملة الاكتئابية وفصلها في الآتي:

1- الإحباط والكدر: حيث يسيطر على المكتئب مشاعر الاستياء والحزن واليأس من الحياة حيث يراها عديمة المعنى والقيمة.

2- ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول: حيث ينخفض نشاطه بدرجة كبيرة وواضحة عن الفترات السابقة للإصابة بالاكتئاب بما يؤثر بشكل مباشر على أدائه لعمله أو دراسته أو المشاركة في الواجبات الاجتماعية.

3- الشعور بتثاقل الأعباء: حيث قد يشعرون بأنهم غير مسؤولين عن اكتئابهم وأن الآخرين يحملونهم فوق طاقتهم، وبالتالي يلومون الظروف الخارجية والضغوط الموضوعة عليهم.

4- الشكوى الجسمية وآلام العضوية: وهي أكثر الأعراض شيوعًا وخداعًا حيث يتقنع الاكتئاب في شكل الشكاوى الدالة على سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة، وآلام الظهر والجسم دون أن يكون هناك أي أسباب عضوية تبرر ذلك ومن المشكلات الجسمية المميزة للاكتئاب اضطرابات النوم والشهية وفقدان الرغبة الجنسية.

5- توتر العلاقة الاجتماعية: حيث يميل المكتئب إلى الانعزال والوحدة وذلك راجع إلى الصعوبات لديهم في التعامل والاحتكاك بالآخرين وضعف في المهارات الاجتماعية وخاصة في المواقف التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس أو الدفاع عن الحقوق.

6- مشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس: فغالبًا ما يصنفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه فعلاً أو أسوأ مما يراهم الناس، ويسيطر عليهم الشعور بأنهم حمل ثقيل على الأهل والمقربين والمجتمع ككل.

7- الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الانهزامي، فمريض الاكتئاب يرى في نفسه النقص، وينسب الخبرات السلبية التي يمر بها إلى عوامل شخصية فيه، كالقصور النفسي أو العقلي، كما أنه يرى الأحداث السلبية المحيطة به محبطة، حيث تضع أمام العراقيل التي يستحيل تجاوزها ويرى المستقبل قاتمًا بدون أمل مما لا يجعل هناك ما يستحق لأن يعيش لأجله الإنسان.

علاج الاكتئاب

يعتبر علاج الاكتئاب من أهم العلاجات التي تم تطويرها، فالاكتئاب واسع الانتشار وفيه خطر القضاء على النفس من خلال الانتحار، ويشترك في علاج الكآبة أطراف ثلاثة: الطبيب، والمريض، وعائلة المريض. ويستهدف علاج الاكتئاب أمرين هامين: أولا المحافظة على حياة المريض، وثانيا التخفيف أو إزالة الشعور بالاكتئاب، وتعدد الأساليب المستخدمة في العيادات النفسية ومن هذه الأساليب:

العلاج بالعقاقير: ويقسم عكاشة(1998) العقاقير المضادة للاكتئاب إلى:

1- عقاقير منبهة للجهاز العصبي وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر وبث الطاقة الحيوية. إلا أنها اكتشفت تأثيرات هذه العقاقير وأهم تأثيرها الإدمان ومن أمثلتها: المنشطات مشتقات الامفيتامين (ديكسرين، بريلودين، اليدبران، ريثالين، مكساتون ...).

2- العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب مثل: النياميد Niamid والماربلان Marplan والنارديل Nardil وتعمل هذه العقاقير على كمية الهرمونات العصبية في مراكز الانفعال. كما أن لها أعراض جانبية مثل الدوار، وانخفاض ضغط الدم، وجفاف الحلق، وصعوبات التبول، مع اضطراب وظائف الكبد وزيادة أو تناقص القدرة الجنسية. وقد يتحول الاكتئاب إلى مرح تحت تأثير هذه العقاقير.

3- العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب ومن أمثلتها: عقار نوفريل Noveril وهو ذو فائدة في علاج الاكتئاب النفسي والذهاني.

4- العقاقير الشديدة المضادة للاكتئاب التوفرانيل Tofranil وبيرتوفرام Pertofram .

العلاج بالجلسات الكهربائية

وهو أقوى علاج إلى الآن ضد الاكتئاب ويسمى(تنظيم إيقاع المخ) ويحتاج مريض الاكتئاب من 6-8 جلسات كهربائية موزعة على أساس جلستين أو ثلاث كل أسبوع وتفيد الجلسات الكهربائية في تعديل عمل الهيبوثلاموس وهو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي.

العلاج بالجراحة

انخفض معدل استعمال الجراحة بعد استعمال العقاقير مع الجلسات الكهربائية لأنه نادراً ما يفشل مزج هذين العلاجين في شفاء معظم حالات الاكتئاب.

ويذكر الميلادي (2004) الوارد في أبو فايد (2010) أنه تم تقديم عقار جديد آمن يطلق عليه اسم (الباروكسين) وهو مسجل في هيئة الغذاء والدواء الأمريكية وقد ثبت انه مفيد بصورة كبيرة في علاج الاكتئاب وحالات القلق النفسي المختلفة. وقد أجريت عليه دراسات اشتملت على أكثر من (18000) مريض وتناول أكثر من (130) مليون شخصا حول العالم. وأهم ما يميز هذا العلاج الحديث أنه يحافظ على مستوى السيروتونين في الدم.

العلاج المعرفي السلوكيCognitive-Behavioral Therapy

ظهر مفهوم العلاج المعرفي السلوكي في بدايات الثلث الأخير من القرن الماضي، وأصبح في فترة قصيرة جانباً رئيسياً من جوانب الإرشاد النفسي في معظم الدول المتقدمة، كما يعتبر هذا النوع من العلاج هو محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل معها بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في السلوك؛ لذلك فهو شكل من أشكال الإرشاد يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أفضل.

ويمكن تعريف العلاج المعرفي السلوكي بأنه " عبارة عن إضعاف عادات سلوكية متكررة لا تكيفية متعلمة وإزالتها" (Basco & Rush,1996) كما يعرفه جبل (2000) بأنه " محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي، التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة، بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله،

من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية وبيئية، لإحداث التغيير المرغوب فيه ".

ويعرف بيك (Beck,1967) العلاج المعرفي السلوكي بأنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك، وهذه المبادئ هي:

1- العوامل المعرفية (تفكير ، تخيل، ذكريات...) لها علاقة بالسلوك المختل وظيفياً.

2- تعديل هذه العوامل يكون آلية هامة لإنتاج تغيرات في السلوك المختل الذي يكون ناتجاً عن نماذج تفكير محرفة تم الإبقاء عليها.

ويعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن التفكير والتخيل، والشعور، والأحداث الخاصة الأخرى تخضع للقوانين نفسها التي تخضع لها السلوكيات الظاهرة، ولهذا يمكن تغييرها بالطرق المناسبة، ويشمل هذا الاتجاه أساليب عديدة تستخدم في التعامل مع سلوك الفرد، وتنطوي جميعها تحت ثلاثة افتراضات ذكرها إبراهيم (2002) كالآتي:

1. أن أفكار الأفراد، وصورهم الذهنية، وادراكاتهم الحسية، والأحداث الأخرى، هي المؤشر الرئيس في السلوك فالتركيز عليها يعتبر طريقةً فاعلةً في تغيير سلوكه.

2. هو أن الفرد مشارك فاعل في تعلمه وهو ليس عضواً سالباً أو مستقبلاً سلبياً لتأثيرات البيئة.

3. هو أن البيئة المعرفية المستخدمة في التعامل مع السلوكيات غير التكيفية يمكن ملاحظتها وقياسها بالأساليب الموضوعية، ويجب أن تظهر بوضوح أثناء معالجة السلوك وفي السلوك المنشود أيضا.

ويعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم التطورات في علم النفس الحديث، ففي بداية السبعينات، زاد الاهتمام بأهمية العمليات المعرفية ودورها مثل التفكير والتخيل في تعديل

السلوك، ومن الملاحظ أن العديد من الأساليب العلاجية أصبحت تأخذ بعين الاعتبار التأثير على العمليات المعرفية بشكل خاص، فأصبح الهدف الرئيس من العلاج المعرفي السلوكي محاولة تغيير الأفكار الخاطئة وتعديلها، من خلال أساليب وتدريبات وتكنيكات متعددة تركز على السلوكات اللاتكيفية باعتبارها نتاجاً للتفكير الخاطئ. ويأتي دور المرشد في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يتسم بالقوة، ويكون نشطا يعتمد على التأثير في المسترشد وقدرته على إقناعه وعلى مهاجمة الأفكار غير المنطقية وتحليل فسلفات المسترشد في الحياة واتجاهاته ونسق التفكير لديه، ويكون بوسعه استخدام الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية في التأثير في أفكار المسترشد ومشاعره وتصرفاته، ولا يستخدم المسترشد في هذه النظرية أساليب التداعي الحر وتحليل الأحلام ولا يتوقف كثيراً عند تفاصيل الأحداث السابقة أو النشطة التي يظن المسترشد أنها السبب المباشر بالآثار الانفعالية لديه، لان اهتماماته بشكل أساسي إلى الأفكار التي يتبناها المسترشد حول هذه الأحداث نفسها وأهميتها في حياته(القرالة، 2007).

ويرى إيللين (Ellen, 1999) وبيك (Beek, 1967)، أن الاضطرابات النفسية والعقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر فيها الفرد نفسه، وعن العالم واتجاهاته نحو نفسه، ونحو الآخرين، وأن العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير العمليات العقلية، قبل أن نتوقع أي تغير حاسم في شخصية المريض أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج.

وتعتمد فكرة العلاج المعرفي السلوكي على تحديد أنماط التفكير اللامنطقي، ومساعدة المسترشد على فهم الأثر السلبي لهذه الأنماط من التفكير واستبدالها بأنماط التفكير الأخرى التكيفية والفعالة في الوصل إلى الضبط الذاتي لدى المسترشد، واستخدم هذا الأسلوب بفعالية لتعديل النماذج الخاطئة في التفكير، ويركز العلاج هنا على أسلوب تفكير المريض ومشاعره وسلوكاته، لكي يتم فهم العلاقات المتبادلة بين التفكير والمشاعر والسلوك(عبيد، 2008).

ويعتبر كابوزي وجروس (Capuzzi & Gross, 1979) العلاج المعرفي السلوكي أسلوبا لتعديل السلوك لدى الفرد، من خلال التأثير على عمليات التفكير، حيث يؤدي تغيير الأفكار إلى تغير في السلوك، وفي الوقت نفسه ينتج تغير السلوك تغيير الأفكار، وهذا يشير إلى أن العلاج المعرفي عندما ركز على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك، لم يهمل دور تغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير.

إن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي REBT اختصارا لـــ Rational Emotive Behavior Therapy مبني على فرضية أن مجموعة المعارف والعواطف والسلوكيات تتفاعل مع بعض بقوه وتملك خاصية التفاعل بالمثل بين العناصر الثلاثة (معرفه عواطف سلوك). فيما بينها مما جعل منها حقيقة مقاربة اندماجية. وإن إطار A- B- C هو الإطار المركزي بالنسبة إلى REBT وهذا الإطار يعطينا أداة ذات قيمة حتى نفهم مشاعر المسترشد وأفكاره الأحداث ثم السلوك. فإذا عاش الفرد تجربة الاكتئاب بعد طلاق مثلاً فقد لا يكون الطلاق بالذات هو الذي يسبب الاكتئاب وإنما معتقدات الشخص بأنه فاشل وأنه مرفوض هي السبب. بل أن الأفكار هي السبب حول كون الفرد مرفوضا أو فاشلا وهي(B) السبب الرئيسي في حدوث الاكتئاب عن الحدث (A) التي تسبب في الاستجابة الانفعالية (C) ويعتقد إليس أن الناس هم الذين يسببون لأنفسهم المتاعب النفسية بسبب اعتقاداتهم اللاعقلانية، وهذا هو جوهر REBT (الخفش، 2011). ثم عدل أليس على نظريته إلى A.B.C.D.E. ، ليكون مفهوم هذه النظرية بعد التعديل:

1- (A) فتعني خبرة منشطة أو حادثة تؤثر في الشخصية (Activating Experience Or Event). مثل: الوفاة، الطلاق، الرسوب ...وهي في حد ذاتها لا تحدث الاضطراب.

2- السلوكي أما (B) فتعني نظام المعتقدات والأفكار التي تتطور لدى الإنسان حول ذلك الحدث (Belief System) حيث يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء نظام المعتقدات لدى الفرد، وهذا الأخير قد يكون عقلانيا (هذه أحداث واردة)، أو غير عقلانيا (هذه أحداث غير واردة) وهذا يؤدي إلى نتيجة انفعالية.

3- أما (C) فتعني نتيجة – التي تنجم عن الاعتقادات والأفكار – (Consequence) ، والنتيجة قد تكون عقلانية (صبر – رضا – إصلاح) أو غير عقلانية (حزن – توتر – قلق).

4- أما (D) فتعني الدحض (Dispute) وهكذا يتم الهجوم على المعتقدات غير العقلانية للوصول إلى الأثر.

5- أما (E) فتعني الأثر (Effect) والأثر ذي شقين (معرفي – سلوكي) وتصبح المعتقدات غير العقلانية معتقدات عقلانية، وتصبح النتائج غير العقلانية نتائج عقلانية، ويكون الأثر النهائي هو تحقيق الصحة النفسية(قريشي، 2009).

ويشير إيدج (Edge,2006) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يتضمن عملية بناء المعرفة بعد إكساب المريض مهارات سلوكية تمكنه من التخلص من الأفكار السلبية والمعتقدات والتخيلات الخطأ بحيث يستطيع مواجهة المرض من خلال تكوين الأفكار والمعلومات العقلانية عنه.

إذن فالعلاج المعرفي السلوكي هو نموذج بناء مهارات. وليس نموذج شفاء. فالمرضى يكتسبون مهارات للتعامل بفعالية أكبر من أفكارهم وسلوكياتهم التي قد تكون غير منطقيه. إذ يؤكد بيك (Beck) على ضرورة أن يتبع العلاج المعرفي وإجراءاته التدخل السلوكي. وذلك لاعتقاده أن الاكتئابيين في الأغلب غير قادرين في البداية على الانخراط مباشرة في المهاد

المعرفية. وطالما يبدأ المريض بتغير تقديراته لإمكاناته الذاتية نتيجة للتدريبات السلوكية. يركز المعالج على أساس الاكتئاب وهي الأفكار (Bellack, Herse & Kazolin, 1982).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي طريقة سريعة في تعديل الأمزجة. وهي طريقة يمكن أن يتعلمها الفرد ويطبقها على نفسه. فهي تساعد الفرد على التخلص من الأعراض والخبرات الشخصية غير السارة. ويعمل على خفض أعراض الاكتئاب ويعمل على مواجهتها بفعالية في المستقبل ولأن فعالية أساليب ضبط التفكير والمزاج في العلاج المعرفي تزود الفرد بحسب الخفش (2011) بالاتي:

1. التحسن السريع للأعراض وخاصة الاكتئاب المتوسط. حيث يمكن ملاحظة التغير خلال (12) أسبوعاً.
2. الفهم وهو التوضيح لماذا يكون الفرد مزاجياً وكيف يمكن أن يعمل لتعديل مزاجه وتعليمه الأسباب المؤدية للانفعال وكيف يميز بين الانفعالات المنطقية وغير المنطقية وكيف يشخص ويقيم مصادر انزعاجه؟
3. الضبط الذاتي ومن خلاله يتم تعليم الفرد وسائل وأساليب معينة لمواجهة الاكتئاب بطرق فعالة.
4. الوقاية والنمو الشخصي كيف يتعلم الفرد وسائل لمواجهة المواقف المستقبلية. وكيف يتحدى تلك المواقف ويعيد تقييم الأعراض.

ويشير بيك وجدتس (Beck & Judits, 1995) إلى أن خبرة المعالج المعرفي تمر في ثلاث مراحل تعتمد على قدرة المعالج على استخدام التعاطف والاهتمام بالفرد وهذه المراحل هي:

المرحلة الأولى: يتعلم المعالج بناء الجلسة الإرشادية واستخدام الاستراتيجيات الأساسية ويتعلم كذلك المهارات الأساسية في استخدام المفاهيم والمصطلحات المعرفية التي تعتمد على المعلومات التي جمعت في الجلسة الإرشادية.

المرحلة الثانية: يبدأ المعالج بدمج المفاهيم والمعلومات من خلال الاستراتيجيات، وذلك ليزيد من قدرته على فهم مراحل العلاج اللاحق، ويكون أكثر قدرة على تحديد أهداف العلاج.

المرحلة الثالثة: بطريقة أوتوماتيكية يدمج المعالج معلومات جديدة إلى المفاهيم، ويستخدم قدرته في صياغة الفرضيات ليثبت صحة أو عدم صحة وجهة نظره في المريض. فالمفاهيم المعرفية تزود المعالج بإطار لفهم الفرد، إذ يبدأ المعالج في بناء المفاهيم المعرفية منذ اللقاء الأول. ويستمر في ذلك حتى يتم تعديل مفاهيم الفرد المعرفية.

لقد تم تطوير النموذج المعرفي للاكتئاب من خلال الملاحظات الإكلينيكية، والاختبارات التجريبية التي قام بها بيك (Beck) على مدى الأعوام(1963,1964,1967) هذه الملاحظ قادت إلى تطوير نموذج معرفي يتكون من ثلاثة مفاهيم محددة توضح علاقة الاكتئاب بطريق الفرد بحس بما ذكره غريب (1987):

1. الثالوث المعرفي: ويتضمن ثلاثة نماذج معرفية هي:

أ- نظرة الفرد لنفسه: حيث يرى الفرد الاكتئابي نفسه بصورة سلبية، بأنه إنسان فاشل غير كفؤ، ولديه شعور بالعجز.

ب- نظرة الفرد التشاؤمية للعالم: حيث يفسر الفرد الخبرات بطريقة سيئة، فهو يرى العالم مليئاً بالصعوبات والإحباط، ويرى أنه من المستحيل أن يحقق أهدافه في هذ العالم.

ج-نظرة الفرد للمستقبل: يرى الفرد الاكتئابي أن المستقبل غامض ومليء بالعوائق، وهو يرى أن الصعوبات التي يواجهها الآن سوف تستمر في المستقبل ويتوقع دائماً الفشل لكل مخططاته المستقبلية.

2. المخطط المعرفي: يستخدم لتوضيح السؤال المطروح وهو: لماذا يحمل الفرد الاكتئابي اتجاهات سلبية وأفكاراً انهزامية للذات، على الرغم من توفر الأدلة المنطقية على عدم وجود مثل هذه الأشياء في حياته الواقعية.

3. الأخطاء المعرفية: وهي مجموعة من التشويهات المعرفية التي يستخدمها الفرد الاكتئابي ويعتقد بصحتها، وهي تتضمن مفاهيم خاطئة يدافع عنها الفرد على الرغم من عدم وجود أدلة تثبت صحتها، ويرى (بيك) أن الفرد الاكتئابي يفكر بطريقة مدمرة، فلديه نظام سلبي من الأفكار، والمعتقدات نحو نفسه، ونحو العالم، ونحو المستقبل، وأن الطريقة التي يفسر بها الأحداث تعكس مستوى اكتئابه (الشريف، 2006).

وقد أشارت النظريات المعرفية إلى أن الاكتئاب يظهر عند الأفراد الذين لديهم نزعة إلى التفكير بطريقة مشوهة، وهي بالتالي تؤثر على مستوى انفعالهم وسلوكهم. ويشير سميث (Smith) إلى أن الأفراد الذين لديهم آلام مزمنة يفكرون بطريقة مشوهة وخاطئة (Christensen, 1999).

ويؤكد بيرنز (Burns, 1992) أن التشويه المعرفي السلبي للمكتئب يؤثر في طريقة تفسيره للأحداث، ومعالجته للمعلومات في مختلف مستويات هذه المعالجة، فيحدد نوع المعلومات التي تستقبل وكيفية تفسيرها واستدعاءها على نحو يميل فيه الشخص المكتئب إلى تحريف المعلومات وتشويهها باتجاه لوم الذات، لذلك يرى بيك (Beck) أن المكتئب يكون ضحية لأفكاره المشوهة، فقدرات المكتئب المعرفية لا تختلف عن قدرات الأشخاص الأسوياء ولكن المكتئب

يتوصل إلى استنتاجات بعيدة عن الواقع ومشوهة، بالرغم من توفر الأدلة الموضوعية للجوانب الإيجابية في حياته بشكل عام إلا أن النظام المعرفي السلبي المشوه الثابت نسبياً لديه يشكل الأساس لتفسيرات الحاضر وتنبؤات المستقبل. وكذلك يؤكد بيرنز (Burns, 1992)، إلى أن التغيرات الانفعالية في المزاج والشعور باليأس والإحباط والاكتئاب، هي في حقيقة الأمر نتيجة لأخطاء في التفكير، واستخدام أسلوب مشوه ومتشائم في التفكير، ونظرة انهزامية للموقف، فالتفكير المشوه يستخدم لغة الألم واليأس.

التشويهات المعرفية

يرى بيرنز (Burns, 1992) أن التشويهات المعرفية هي نتيجة لانفعالات واضطرابات اكتئابية، فعندما يكون الإنسان حزيناً فإنه يفسر الأحداث بطريقة سلبية، وكلما كان تفكيره مشوه وغير منطقي، فإنه يكون نتاجاً لأحدى التشويهات التالية:

1- التفكير القطبي (كل شيء أو لا شيء) All–or–Nothing

هذا التشويه المعرفي يشير إلى ميل الفرد إلى التطرف في تقييم الأشياء دون القدرة على رؤية ما يتوسط الحدين أو القطبين من النقاط أو التدرجات فالفرد المكتسب يدرك الأشياء على أنها بيضاء أو سوداء، وهذا يسمى التفكير الثنائي الذي يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، والسبب أن إدراك الفرد وتفكيره مشوه وليس واقعياً.

2- التعميم بالزائد Overgeneralization

يقوم الفرد بالتعميم والميل إلى الأحكام المطلقة وبناء قاعدة عامة على أساس واحد أو أكثر من الحوادث المنعزلة ويطبقها على طيفٍ واسع من المواقف التي ليس لها علاقة بذلك الموقف، ويعتبر التعميم أسلوب من التفكير المتطرف الذي يجعل المكتئب عاجزاً عن تحقيق أهدافه في الحياة (Dattilio & Freeman, 2000).

3- التصفية العقلية Mental Fitter

تعد التصفية العقلية من الأخطاء التي تشيع بين أفكار المكتئبين، فالفرد المكتئب يركز على التفاصيل ذات الجانب السلبي في المواقف التي يواجهها، بمعنى أنه يعزل الخاصية أو الفكرة عن سياقها العام، فالمكتئب يركز على الجزء السلبي ويتجاهل المواقف الكلي وتسمى هذه العملية بالفلترة السلبية أو التجريد الانتقائي.

4- التقليل من شأن الأحداث الإيجابية Disqualifying the Positive Events

وهذا التفكير المشوه يؤدي إلى هزيمة ساحقة للذات، حيث يتعود الفرد على تحويل الخبرات الإيجابية إلى أحداث سلبية بعدم إنكار الخبرات الإيجابية. ولكنه يعمل على قلبها بطريقة عكسية، وهنا يضع المكتئب نفسه موضع الخاسر سواءً كانت الأشياء في مصلحته أم في غير مصلحته وعند ما تأتي الأمور سلبية فهي تحقق وجهة نظره، وإن جاءت إيجابية ينظر لها كونها أحداث بسيطة عابرة جاءت بالمصادفة (Corey, 2005).

5- الاستنتاج العشوائي Arbitrary Conclusion

وهذا التفكير المشوه ناتج عن خطأ في تفسير الأحداث يتوصل من خلاله الفرد إلى نتائج سلبية عشوائية، دون أي دليل، وذلك بسبب عدم توافر معلومات معينة، ويظهر هذا الاستنتاج من خلال النمطين اللذين أشار اليهما بيرنز (Burns, 1980).

1- قراءة الأفكار:

يفترض الفرد أنه غير محط أنظار الآخرين، وينظرون له نظرة دونية ويحول التفكير المشوه بينه وبين التأكد من ذلك، وأن هذا النمط من التفكير يؤدي إلى الإحباط ونتيجة الاستنتاج الخاطئ.

2- التنبؤ بالمستقبل:

يتوقع الفرد أنه سيفشل بالمستقبل من غير أي دليل منطقي على تشاؤمه فالفرد الاكتئابي يقفز إلى النتائج السلبية التي لا تستند إلى المنطق .

6- التضخيم والتقليل Magnification، Minimization

الفرد في هذا التفكير المشوه ينظر إلى الموضوع من خلال العدسات المكبرة التي تجعل الصغير كبير وأحياناً من العدسات المصغرة التي تجعل الكبير صغير، وهذا ما يسمى بالتفكير الكارثي، ويعطي المواقف حجماً لا يتناسب مع حجمها الحقيقي، ولا يرى إلا الجوانب الخاطئة أو الناقصة في ذاته أو عند الآخرين ويقلل من المواهب والمعارف النفسية، التي تهدف إلى التكيف وتحرير الفرد من الاكتئاب.

7- الاستدلال الانفعالي Emotional Reasoning

عندما تكون أفكار الفرد مشوهة فإن مشاعره لا تكون صادقة، ومثل هذا الاستدلال يقود الفرد إلى الاكتئاب فعندما يقول الفرد أنا عديم القيمة أنا غير مقدر، يستدل على نفسه بأفكاره المشوهة، وتختفي مشاعره الحقيقية، وسيحق ذاته ويخاف من النجاح (Mezuk & Eaton, 2008).

8- عبارات الوجوب أو الوجوبيات

عندما يفكر الفرد تفكيراً وجوبياً لازمياً حتمياً مثلاً يقول: لازم، يجب، ينبغي، فإنه يكون جامد متطرف في تفكيره المشوه، فهو لا يفكر ببساطة بل يفسر الأحداث بناءً على ما يجب أن تكون عليه، فمثل هذا التفكير يقود الفرد إلى الإحباط، لأن الآخرين لا يتعاملون معه كما يرغب بل ينظرون للتعامل مع الأشياء ببساطة وافتراض (Corey, 2005).

9- أخطاء التسمية Mislabeling

عندما يتشوه تفكير الفرد يحكم على سلوكياته بالفشل ويصف نفسه بأنه فاسد أو فاشل أو أناني وهذا شكل من أشكال التعميم المتطرف على الذات فعندما نسمي فلاناً غبي فإننا نتعامل معه من خلال الصورة التي تكونت في أذهاننا عن ذلك الشخص، وبالتالي سنواجه علاقات سيئة وغير تكيفية من الآخرين (زيو، 2002).

وهذا التفكير المشوه يتضمن حالتين بحسب دايتيللو و فريمان Dattilio & Freeman، (2000):

الحالة الأولى : يتوصل الفرد بتفكيره العشوائي إلى أنه السبب وراء الحوادث السلبية مثل: أن غيابه عن المنزل سبب في وفاة والده بالذبحة الصدرية فلو كان موجوداً لما مات والده.

الحالة الثانية : يتوصل الفرد بتفكيره العشوائي إلى أنه هو موضوع الحدث السلبي فمثلاً: أنه لم يتوقف القبول في الجامعة إلا عندما كنت مستعداً للدراسة. فهذا التفكير الشخصاني المشوه لا يستند إلى مبرر واقعي، فهو يعزو الأشياء السلبية لذاته، مما يسبب له فقدان الثقة بنفسه وتسخين مشاعره السلبية، التي تؤدي به إلى الاكتئاب.

آلية الإرشاد المعرفي السلوكي

يركز المنحى العلاجي المعرفي للسلوك على العلاقة التفاعلية بين الظروف النفسية والمعرفة، والسلوك، حيث يمتاز هذا المنحى بخاصيتين، الأولى: تتضمن التركيز على الأداء النمطي المعرفي والسلوكي والعلاقة بينهما، حيث يفترض أن ما يعرفه الفرد يؤثر ويتأثر بما يفعله سلوكياً. والثانية تتضمن التركيز على الموقف المحدد للسلوك والمعرفة (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

وقد أشارت البحوث والدراسات (Carroll, 1996; Clayton, & Ladd, 2000; Craigie & Nathan, 2009) إلى مجموعة من المسلمات المتضمنة في العلاج المعرفي السلوكي، وهي:

1. المصادر الأساسية للأداء هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني ، والتي تسمى المخطوطات المعرفية، ويقصد بالمعاني تقدير الشخص لسياق معين وعلاقة هذا السياق بالذات.
2. هناك تأثير متبادل بين المنظومات الاستعرافية والمنظومات الأخرى.
3. لدى الناس استعداد لتكوين أخطاء معرفية محددة (التشويه المعرفي) وتسمي هذه الاستعدادات لهذه الأخطاء الهشاشة الاستعرافية.
4. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق بالمعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف مع المريض والاهتمام به وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع.
5. يركز العلاج على الحاضر، وفي بعض الحالات يتم الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة المريض الشديدة، وخاصةً عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.
6. العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالجاً لنفسه، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهمات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن.
7. العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى يتم فيه علاج حالات الخواف والقلق في خلال الجلسات.

ويستخدم لتحقيق أهداف العلاج المعرفي مجموعة من التقنيات السلوكية والمعرفية، ويمكن تعليم هذه التقنيات للمتعالجين لتساعدهم في الاستجابة بطريقة وظيفية أكثر. يحتاج المكتئبون عموماً إلى نوعين من التقنيات، ويعتمد هذا المزج الدقيق بين التقنيات السلوكية والمعرفية على مستوى الأداء الوظيفي للمتعالج، ومهارات المعالج ومدة العلاج، وأهداف المعالجة، فالمعالج يشكل طريقته في العلاج تبعاً لحاجات نوعية المتعالج معين في وقت معين (جبل، 2000).

بينما يورد الخفش(2011) إن الممارسين في العلاج المعرفي السلوكي يتبعون منهجاً سلطويا في العملية العلاجية للتقنيات المعرفية والسلوكية. فهم يشرحون للمسترشدين المواضيع التي اعتادوا أن يحدثوا بها أنفسهم عبر مدة طويلة، ثم يعلمون المسترشدين كيفية التعامل مع هذه الأفكار حتى يتوقفوا عن الإيمان بها. ويتم تشجيعهم لتطوير فلسفة مبنية على الواقع يتم من خلالها تغيير نمط تفكيرهم" والتقنيات المعرفية والسلوكية تعتمد على طرق وإجراءات اتبعها إليس في العلاج على النحو التالي:

1. التقنيات المعرفية:

تساعد هذه التقنية في إيقاف اجترار الأفكار التي تزيد من المشكلة ، وهي مهمة بالذات في بداية العلاج قبل أن يتدرب المريض على إيجاد بدائل للأفكار التلقائية السلبية، وربما لا تحدث هذه التقنيات تغيرات معرفية جوهرية، ولكنها تحد من تكرار الأفكار السلبية، وبالتالي تحسن مزاج المريض الأمر الذي يساعده على حل مشكلته (Ottoman, 1998).

2. مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها:

يكرس الكثير من عمل العلاج المعرفي لتعرف الأفكار التلقائية غير المنطقية السلبية أو المشوهة، إن أقوى طريقة لتعريف المتعالج على الآثار الأفكار التلقائية هو الاستعانة بأمثلة حية عن الكيفية التي يمكن للأفكار التلقائية فيها أن تؤثر في الاستجابات الانفعاليـــة، أو يمكـــن أن يطلب المعالج من المتعالج أن يتذكر حادثة أو موقف من المواقف المرتبطـــة بتبـــدل مزاجـــه، ويطلب إليه وصف الأفكار التي عبرت فكره قبل تبدل مزاجه، وتشمل هذه التقنية مـــا وضـــحه ماثيوس وماكلود (Mathews & MacLeod, 2005) على النحو الآتي:

أ. الحوار السقراطي :(Socratic Dialogue)

ويعدّ من أكثر تقنيات العلاج المعرفي، وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة (ويـــسمى أيضا الاكتشاف الموجه Guided Discovery) وليس هنـــاك شـــكل أو تنـــسيق محـــدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما بديل ذلك يجب على المعالج أن يعتمـــد علـــى خبرتـــه وإبداعه بصوغ الأسئلة السابرة التي من المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلة وظيفيـــاً مثل " ماذا تقصد؟ " " دعنا نتوقف...؟" "هل ترغب ؟ "

ب. التخيل:Imagery

يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن المعرفيات حينما لا تجد الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير التلقائي السلبي، ويتم اختيار هذه الأساليب أيضاً عندما يظهر المنهج السقراطي في الأسئلة كماً محدوداً من الأفكار التلقائية، ويكون لدى المعالج شك بأن هنالك المزيد من الأفكار التلقائية المهمة التي ما زالت موجودة. وقد يتمكن بعض المتعالجين من استخدام إجراءات التخيل بتذكير أو توجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلاّ أن يطلب إليه أن يتخيل نفسه

في حالة ماضية، مزعجة أو تسبب انفعالا محددا، وأن يصف بالتالي الأفكار التي راودته، وغالبا ما يرى المتعالج لا معقولية أفكاره، وهو يصف المشاعر المصاحبة لهذه المخططات؛ أي إن المطلوب هنا هو استرجاع خبرات الماضي المؤلمة لنضعه في صيغة الحاضر ومآل المستقبل.

ج. لعب الدور: Role Playing

في الغالب يكون لعب الدور أكثر فائدة من التخيل، وذلك بعد الحصول علـــى وصـــف وافٍ لسلوك الشخص الذي حدث معه الموقف. وعندها يقوم المعالج بأداء دور ذلـــك الـــشخص بينما يقوم المتعالج بدوره هو، أو يمكن عكس الدور وذلك بتمثيل المتعالج دور المعالج.

د. الرسم الكاريكاتوري

عندما لا يستطيع المتعالج تحديد أفكاره يتم الطلب إليه رســـم شكـــــل كاريكـــاتوري حزيـــن(يعبر عن حالته)، ويطلب إليه صوغ بعض الأفكار التي تجعل من هذا الشكل حزينـــا وكتابتها ضمن المربع ويتيح مثل هذا للمتعالج بتكوين فكرة عمّا يزعجه بالفعل. وتعتمد هـــذه الطريقة على أسلوب الإضفاء ما في ذاته على الرسم، حيث تكون الأفكار التي يضعها المتعالج في عقل الشكل الكاريكاتوري هي الأفكار التي تستولي عليه.

هـــ. سجل الأفكار

هو أحد أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداماً لتحديد الأفكار التلقائيـــة ويمكـــن أن يُطلب من المتعالجين أن يسجلوا أفكارهم بعدد من الطرائق المختلفة، تسمى كل واحدة منها طبقاً لعدد الأعمدة وأسهل طريقة هي أسلوب العمود المزدوج وهو إجراء يستخدم غالباً طالمـــا يبـــدأ المتعالج بتعلم كيف يميز الأفكار التلقائية. ويُطلب إلى المتعالج في هذه الحالة أن يدوّن الأفكـــار التلقائية التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج.

ويمكن أن يحدد المتعالج بالتناوب الاستجابات الانفعالية في عمود الأفكار التلقائيـــة فـــي العمود الآخر، كما يمكن أن نستخدم تقنية السهم العمودي أيضا لكشف الأفكار التلقائية، حيث تعدّ هذه التقنية ناتجاً ثانوياً لطريقة العمود المزدوج وتبدأ بـــ "إذا كانت هذه الفكرة صـــحيحة فمـــاذا تعني لي؟ ولماذا تزعجني؟" وتقود إلى سلسلة من الأفكار التلقائية تكشف عن الـــسبب الحقيقـــي للمشكلة. ويمكن أن يضيف المعالج أو ينقص من عدد الأعمدة بحسب الحاجات النوعية للمتعالج وبقدر فهمه للأفكار التلقائية وللعلاقة بين المعرفيات السلبية والشعور غير السار والسلوك غيـــر المثمر. ويسمى أسلوب الأعمدة الثلاثة إذا احتوت الاستمارة على ثلاثة أعمدة العمود الأول يقدم وصفًا للحالة، والعمود الثاني قائمة بالأفكار التلقائية، والعمود الثالث الاستجابة لانفعاليـــة. وقـــد وسع بيك أسلوب الأعمدة ليصبح مؤلفاً من خمسة أعمدة، وسماه السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً Daily Record of Dysfunctional Thoughts ويرمز له اختصاراً (DRDT).

3. مناقشة الحوار الداخلي

وهذه التقنية مأخوذة عن أسلوب ميكنباوم في العلاج المعرفي، فقد ركز علـــى أهميـــة الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره، ومن ثمّ سلوكه فالمزاج الكئيب يفتح الباب للمتعالج ليقول لنفسه في حوار داخلي " إنني عديم القيمة " " أف إنني لست جيدا " " إنني أقل من الآخرين". وهي عبارات للتقليل من قيمة الذات، وتزيد في مشاعر اليأس وسوء احترام الـــذات ليصل المكتئب إلى الإيمان بها، مما قد يقود إلى ردة فعل عنيفة ربما تصل إلى تفضيل المـــوت بسبب عدم الارتياح. وبما أن المكتئب يسيء إلى نفسه، فإنه يتحول بهذا إلى شخص غير فعـــال ومشلول وخائف ومنعزل عن المشاركة في مسار الحياة الطبيعية. وبـــسبب النتـــائج الـــسلوكية والانفعالية السلبية لتفكير المتعالج السلبي فإن الخطوة الأساسية هي أن يتوقف عن القول لنفسه

إنني عديم القيمة، إنني.......الخ وهذا ما ذكره ميكنباوم في علاجه "أن يتدرب المتعالج على التحدث إلى ذاته بطريقة بنّاءة (أبو عبادة ونيازي، 2001).

4. عداد المعصم(أو المَسْبَحَة):

يستخدم لمراقبة الأفكار السلبية وإيقافها، وهو عبارة عن عداد يشبه ساعة اليد له زر يمكن الضغط عليه في كل مرة تمر في عقل المتعالج فكرة سلبية، وفي نهاية اليوم يتم تسجيل العدد النهائي للأفكار، حيث يلاحظ ازدياد العدد في البداية، مع تحسن ملحوظ في تحديد أفكاره، ويستمر ذلك لعدة أيام فسرعان ما يصل العدد الإجمالي إلى الاستقرار لمدة أسبوع أو عشرة أيام ومن ثم سيبدأ في التناقص وهذا يشير إلى أن أفكار المتعالج المؤذية تضعف وتتناقص وسيبدو أفضل لأنه بدأ بالسيطرة على ذاته (جبل، 2000).

5. تعديل الأفكار التلقائية

ليس هناك عادة فصل تام في العلاج المعرفي-السلوكي بين مراحل تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها. ففي الواقع إن العمليات المرتبطة بتحديد الأفكار التلقائية غالباً ما تكون كافية للبدء بالتغير الحقيقي، وتشمل هذه التقنية بحسب (Mehmet, 2008):

1- إيجاد البدائل: يرى العديد من الأفراد أنفسهم وكأنهم قد فقدوا كل الخيارات. ولعل المثال الأبرز على الافتقار إلى الخيارات في المتعالجين الذين يقدمون على الانتحار. أنهم يرون الخيارات والبدائل المتوافرة لهم محدودة جداً لدرجة أنهم قد يرون أن الموت هو الخيار الأسهل والأبسط . والتكنيك المعرفي هنا يتضمن العمل سوية مع المتعالج لإيجاد بدائل أخرى.

2- تفحص الدليل: هو المكون الرئيس للاختبار التجريبي التعاوني في العلاج المعرفي. فبعد كتابة الأفكار السلبية وتحديد التشويهات فيها، يتم اعتبار مجموعات الأفكار التلقائية فرضية

يقوم المعالج والمتعالج بالبحث عن دليل يؤيد فرضيته أو يدحضها، خاصة وأن المتعالج غالباً ما يقدم دليلاً يدعم ويعزز اعتقاده متجاهلاً معلومات أخرى رئيسة، ومركّزاً على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلة. وعند ذلك يُسأل المتعالج "ما الدليل على هذه الفكرة ؟" لأننا غالباً عندما نشعر بأننا لسنا على ما يرام فإننا نعتقد بأن الأشياء سيئة دون التدقيق في الحقائق والتأكد منها وحينما نتفحصها فإننا سنرى الأشياء من منظور مختلف.

3- الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية : وتسمى بأسلوب افتراضي " ماذا لو What if" ويساعد هذا الأسلوب المتعالج على التقويم بنفسه فيما إذا كان يبالغ في تقدير الصفة الكارثية للحدث أو للفكرة، وفيه يسأل المتعالجون أسئلة سلبية مثل "ماذا لو لم أستطع " " ماذا لو رسبت " فلا يعطون وقتاً لأسئلة مشابهة حرفياً ولكن بشكل إيجابي مثل: ماذا لو نجحت" " ماذا لو استطعت" إنهم يبحثون عن إجابة، أو عن وجهات نظر بديلة بشكل مثالي ويظهر ذلك واضحاً في الحوار التالي لأحد المتعالجين"

4- إعادة عزو الصفات: عادة ما تكون الصفات المنسوبة إلى أحداث الحياة في حالة الاكتئاب مشوهة في الاتجاه السلبي إذ يقوم المكتئبون بلوم أنفسهم على أحداث الحياة غير المؤاتية، وإعطاء معنى عام للحوادث المحددة وغير المتوقعة، و يعتقدون أن الحالة السلبية ستدوم إلى ما لا نهاية. وقد وُجِد أن التشوهات السلبية لدى المكتئبين تكمن في العزو الداخلي الذي يقود الفرد إلى انخفاض في تقدير ذاته كالعبارة الشائعة بين المتعالجين " هذا ما جنيته على نفسي " وعلى الرغم من أن المرء لا يستطيع أن ينفي هذا تماماً، إلا أنه من غير المرجح أن يكون شخصاً واحداً بمفرده مسؤولاً عن كل خلل يحدث في علاقة ما، لذلك يكون التدخل العلاجي هنا في إعادة توزيع المسؤولية بين كل الأطراف ذات الصلة بالمشكلة النفسية .

5- **التدريب المعرفي الاستطلاعي:** وتستخدم للمساعدة في الكشف مسبقاً عن الأفكار التلقائية السلبية، وفي تدريب المتعالج على تطوير معرفيات أكثر تكيفاً وملاءمة. ويكون ذلك بطلب من المتعالج أن يستخدم الأفكار البديلة في وضع مشكلي جديد، ويراقب انفعالاته المترافقة مع هذا السلوك الجديد، ويساعد ذلك على تحديد العقبات المحتملة (المعرفية والسلوكية) التي ستعيقه في تنفيذها في المستقبل. وتعتبر الجلسة العلاجية المكان المثالي للتدريب على العديد من السلوكات إذ يقوم المعالج بدور المدرس والموجه الذي يقدم تغذية راجعة مباشرة على الأداء مقدماً الاقتراحات المحسنة للسلوك الجديد، ويمكن استخدام تقنية لعب الدور لتحقيق ذلك.

6- **التفكير بتدرجات الرمادي:The Survey Method**

تقوم هذه الطريقة على تحفيز المتعالج على التفكير المتعدد وعدم الاقتصار على (إما أسود أو أبيض)؟ كأن يقول المتعالج "إنني إنسان فاشل، لا أفعل شيئا صحيحاً على الإطلاق، إنني مجرد خاسر" على المعالج توضيح أفكار المتعالج المتطرفة والمشوهة والتي غالباً ما تؤدي إلى القلق والاكتئاب. بأن يقيّم المتعالج الأشياء ضمن مجال من صفر إلى مئة. لأن الأشياء غالباً ما تكون ما بين الصفر والمئة، بدلاً من الإصرار على أنها إما بهذا الشكل أو ذاك. وعندما لا تنتهي الأشياء بشكل جيد كما كان يأمل، يمكن أن يقول لنفسه: "إنني فاشل بمقدار محدد، إنني أفعل أشياء صحيحة وأشياء غير صحيحة: إنني خسرت إلى حد ما".

7- **طريقة دلالات الألفاظ (الينبغيات) The Semantic Method**

يغلب عند المتعالجين وغيرهم أن يسود نمط من التفكير بالينبغيات، وتعتبر طريقة دلالات الألفاظ طريقة فعالة لمقاومة عبارات الينبغيات هذه فبدلاً من أن يقول المتعالج لنفسه عندما يكون منزعجاً " يجب أن أفعل هذا" أو " كان يجب ألا أرتكب ذاك " يقول " ويتم تدريب

المتعالج على أن يستخدم طريقة دلالات الألفاظ للرد على كل فكرة سلبية تدور في رأسه وذلـك باستبداله مفردات لغوية تعطي انطباعاً أقل انفعالاً وأقل إزعاجاً على المتعالج. مثل عبـارات " سيكون لطيفا لو .."

8. تحديد المخططات وتعديلها: (Identifying and Modifying Schemata)

إن عملية تحديد المخططات وتعديلها هي أصعب إلى حد ما من تغيير الأفكار التلقائيـة السلبية لأن هذه المعتقدات الجوهرية الأساسية مطمورة بعمق أكثر وربما أبعد بكثير عن وعي المتعالج وتكون قد تعززت عادة عبر سنوات من التجارب الحياتية. ويمكن للعديد من الأساليب ذاتها التي تم ذكرها في تعديل الأفكار التلقائية أن توظف توظيفاً ناجحاً في العمل العلاجي على مستوى المخططات مثل: إجراءات المنهج السقراطي في طرح الأسئلة والتخيل ولعـب الأدوار وتسجيل الأفكار للكشف عن المخططات ذات التكيف السيئ. وحينما يكتسب المتعالج الخبرة في تمييز الأفكار التلقائية، تبدأ أنماط متكررة بالظهور مما قد يوحي بجوهر المخططات الأساسية، وارتباطها مع الأفكار التلقائية. وهنا يمكن أن يستخدم المعالج طريقة التثقيف النفـسي لـشرح مفهـوم المخططـات (قـد تُـسمى المعتقـدات المحوريـةCore Beliefs أو الافتراضـات الأساسية Basic Assumption) ، ومن ثم قد يبدأ المتعالجون بتمييز المخططات مـن تلقـاء ذاتهم. ولكن، عندما يبدأ المتعالج باكتشاف هذه الافتراضات الأساسية فقد يحتاج المعـالج إلـى الاقتراح بأن مخططات محددة قد تكون فعالة و مؤثرة وبالتالي يُشرك المتعـالج فـي تمـارين مشتركة لاختبار هذه الفرضيات. قد يتطلب تعديل المخططات اهتماماً متكرراً داخـل جلـسات العلاج وخارجها. وإحدى الإجراءات المستخدمة استخداماً شائعاً هو الطلب من المتعالج الاحتفاظ بقائمة في دفتر خاص بالعلاج عن كل المخططات التي حددت حتى تاريخه. ويمكـن مراجعـة قائمة المخططات قبل كل جلسة (أباظة، 2000).

دور العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب

يمكن استخدام العلاج المعرفي- السلوكي للاكتئاب مع كل أنواع الاكتئاب. وفي حالات الاكتئاب الشديدة قد يستخدم إلى جانبه العلاج الدوائي. ولكن بصورة عامة تكون نتائج هذا النوع من العلاج أفضل إذا كان مريض الاكتئاب على استعداد للمشاركة الجادة في عملية العلاج والقيام بما يطلب منه من قبل المعالج. ويركز المعالج المعرفي **في بداية العلاج** على إقامة علاقة تعاونية ويعرّف المريض على النموذج المعرفي، ثم تستخدم جداول الأعمال، التغذية الراجعة، التثقيف النفسي لبناء الجلسات ويتم التركيز على ثلاثة أشكال من الاختلال الوظيفي: التفكير المشوه معرفياً، والعجز عن التعلم، وضعف الأداء الوظيفي للذاكرة. كما يتم تخصيص جهداً خاصاً للمكتئب في إنقاص درجة اليأس أيضا فهي خطوة هامة في إعادة تنشيط المكتئب، وتزويده بالطاقة. وتتم مقاومة مشاكل التعلم ووظائف الذاكرة بإجراءات التركيب المذكورة سابقاً، وبأساليب التعلم مثل كتابة الواجبات المنزلية وتكون التدخلات العلاجية من قبل المعالج حسب الطاقة المعرفية للمريض بحيث تعمل على تشجيع التعلم لديه، وبأن مادة العلاج لا تقهر المريض (إبراهيم، 2002).

إن الأساليب السلوكية كجدولة النشاطات غالبا ما تكون مادة أولى في العلاج المعرفي أما **الجزء الأوسط** من المعالجة فيتم تكريسه لاستنباط الأفكار التلقائية المشوهة سلبياً، وكذلك استنباط المعتقدات(المخططات) وتوظيفهما لعكس الثالوث المعرفي السلبي (الذات، العالم المستقبل) ويتم تعليم المريض بشكل نموذجي كيف يحدد التشوهات المعرفية مثل (التجريد الانتقائي، المبالغة، القفز إلى النتائج ..) وأن يستخدم تقنيات مثل إيجاد البدائل، ويستمر العمل في استنباط واختبار الأفكار التلقائية والمعتقدات إلى أن يشاهد المعالج تحقيق مكاسب في الأداء الوظيفي للمريض، وأن المريض قد أدرك المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي (قريشي، 2009).

وقبل **نهاية العلاج** يقوم المعالج بمساعدة المريض بمراجعة ما تم تعلمه أثناء سياق المعالجة، ويقترح عليه التفكير مقدما بالظروف المحتملة التي يمكن أن تكون السبب في عودة الاكتئاب. ويأخذ احتمال الانتكاس بعين الاعتبار ويتم تطوير استراتيجيات حل المشكلات التي يمكن أن يتم توظيفها في حالات مستقبلية تؤدي إلى الاكتئـــاب (تقنية التدريب المعرفي) (Phillips, 2004).

مشكلة الدراسة

تتوقع منظمة الصحة العالمية بأنه في عام 2020 م، سيكون الاكتئاب هو السبب الرئيسي الثاني للعجز في العالم بعد الأمراض المزمنة (Ludman, 2004). وقد أوضح التويم(2012) للجنة المنظمة للمؤتمر الخليجي العالمي للسكر، أن تكاليف علاج السكر في السعودية في عام 2010 بلغت 50 مليار ريال لعلاج السكري ومضاعفاته. وبعد الإطلاع على نتائج دراسة العنزي (2009) والتي هدفت إلى الكشف عن الاكتئاب لدى كل من مرضى السكري والأصحاء ومعرفة الفرق في الاكتئاب لدى كل منهم في ضوء مجموعة من المتغيرات تشمل الجنس والعمر والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي في محافظة القريات. فقد وجدت فروق دالة إحصائياً لصالح مرضى السكري ويتضح ذلك بشكل أكبر من خلال النسب المئوية فمرضى السكري وجد انتشار الاكتئاب لديهم بنسبة 59.7% أما الأصحاء فقد كانت نسبة انتشار الاكتئاب لديهم 11.6%، وهذه النتائج تتفق مع نتائج الدراسة الاستطلاعية في هذه الدراسة.

ونظراً لما لاحظه الباحث من مشكلات نفسية تتعلق بعدم إدراك المرضى للتقيد بالتعليمات التي يوجهها لهم الطبيب وخبير التغذية، ولعدم وجود أي برامج علاجية أو استشارات نفسية تخفف عنهم وطأة الاكتئاب ومضاعفاته الصحية الخطيرة التي تعرضهم لمشاكل عضوية تصل إلى حد بتر أحد الأعضاء، نتيجة الإدراك الخاطئ المرتبط بأسلوب

الحياة، والإدارة الذاتية السيئة لدى مرضى السكري، والتي لها دور بعدم السيطرة على ارتفاع السكر بالدم.

وكذلك لعدم وجود أي دراسة تجريبية في المملكة العربية السعودية، بعد التواصل مع المسئولين في المركز الوطني لمرضى السكري، ولندرتها في العالم العربي- على حد علم الباحث- فالمريض بأمس الحاجة لتقديم الخدمة النفسية، والباحث لا يقل عن المريض حاجة إلى الدراسات السابقة، التي تضع لدراسته قيمة علمية بين الدراسات ، وتبدأ به من حيث انتهى الآخرون.

أسئلة الدراسة

1. ما مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري الذكور في محافظة القريات بالمملكة العربية السعودية؟".
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من المرضى الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من المرضى الذين لم يتعرضوا للبرنامج الإرشادي على مقياس بيك للاكتئاب في القياس البعدي؟.
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المرضى في المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهم على نفس المقياس في القياس التتبعي بعد مرور أسبوعين على انتهاء البرنامج الإرشادي؟

فرضيات الدراسة

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من المرضى الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من المرضى الذين لم يتعرضوا للبرنامج الارشادي على مقياس بيك للاكتئاب في القياس البعدي؟.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى في المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهم على نفس المقياس في القياس التتبعي بعد مرور أسبوعين على انتهاء البرنامج الإرشادي؟

هدف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى تقصي مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسكري من النوع الأول والنوع الثاني.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تتسم بتناول مشكلة حيوية واقعية- مشكلة انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري، وللعلاج المعرفي السلوكي أهمية نظرية وأهمية تطبيقية وذلك على النحو التالي:

الأهمية النظرية

أ- على حسب علم الباحث، أنها لا توجد دراسات أجريت في البيئة السعودية بحثت في برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري.

ب- يمكن أن تسهم نتائج هذه الدراسة في إضافة نتائج إلى التراث النظري الخاص في هذا الموضوع الهام.

ج- تزويد المكتبة العربية في دراسة تجريبية تساهم في دفع عجلة البحوث النفسية إلى التقدم.

د- يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة لنشر أهمية العلاج النفسي، وحث أصحاب الاختصاص كالمرشدين النفسيين بالقيام بدورهم تجاه المرضى.

الأهمية التطبيقية

أ- يمكن لنتائج هذه الدراسة أن تثير نقاطاً بحثية لم تدرس بعد، بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي، ومدى تأثير الاكتئاب على تدني الحالة النفسية والصحية لمرضى السكري.

ب- يمكن الاستفادة من البرنامج في تدريب مرضى السكري على بعض المهارات والأساليب الإرشادية المهمة لتخفيف حدة الاكتئاب لديهم.

ج -يمكن أن يكون لنتائج الدراسة أثر فاعل فـــــي توضيح كفاءة بعض استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في البرامج التجريبية.

التعريف بالمصطلحات مفاهيمًا وإجرائياً

البرنامج الإرشادي: هو برنامج قائم على النظرية المعرفية السلوكية يهدف إلى خفض الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري، ولغرض هذه الدراسة يعرف بأنه: مجموعة من الأنشطة والاستراتيجيات والأساليب القائمة على النظرية المعرفية السلوكية بهدف تحقيق أغراض الدراسة.

الاكتئاب: عرف عكاشة(1989 :11)الاكتئاب بأنه "اضطراب وجداني يتميز بمزاج سوداوي، وإحساس بعدم الرضا وعدم القدرة على الإتيان بالنشاط السابق، واليأس من مواجهة المستقبل،

وفقدان القدرة على النشاط، ووجود صعوبة في التركيز، والشعور بالإرهاق التام، مع اضطراب في النوم والشهية للطعام". كما يعرفه بيك (Beck, 1967) بأنه اضطراب وجداني له جوانب انفعالية تتمثل في عدم القدرة على الحب وكراهية الذات وجوانب معرفية تتمثل في انخفاض تقدير الذات وتشويه المدركات واضطراب الذاكرة وتوقع الفشل وعدم القدرة على التركيز الذهني وجوانب بدنية تتمثل في اضطراب الشهية والنوم والعجز الجنسي واضطراب الجهاز العصبي المستقل والصداع والإرهاق وكثرة البكاء. ويعرف الباحث الاكتئاب إجرائيا بأنه: درجة الاكتئاب التي يحصل عليها المفحوص المصاب بمرض السكري على مقياس بيك المستخدم في هذه الدراسة

السكري: تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO, 2004: 1)مرض السكري بأنه "اضطراب أيضي من مسببات متعددة يتصف بارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم (Hyperglycemia) المزمن مع اختلال في أيض السكريات والدهون والبروتين بسبب خلل في إفراز الأنسولين، أو تأثير الأنسولين أو كليهما معاً. وتتضمن تأثيرات مرض السكر أضراراً بعيدة المدى وعطل وفشل الأعضاء المختلفة.

التصنيف

يصنف مرض السكري حسب الأسباب المؤدية إليه إلى:

1- النوع الأول من مرض السكري Type 1 Diabetes Mellitus: ينتج أساساً بسبب دمار خلايا بيتا في البنكرياس والتي تنتج الأنسولين، وفي هذا النوع تكون الحاجة ملحة لأخذ جرعة الأنسولين عن طريق الحقن من أجل البقاء على قيد الحياة، والمرضى بهذا النوع يكونون طبيعيين ظاهرياً قبل ظهور المرض، ولكن يمكن اكتشاف وجود الأجسام

المضادة التي تسبب دمار خلايا بيتا مخبرياً من خلال تحليل الدم، وهذا النوع من السكري غالباً ما يبدأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة.

2- النوع الثاني من مرض السكري Type 2 Diabetes Mellitus: الشكل الأكثر شيوعاً من مرض السكري يشكل قرابة 90% من مرضى السكري، والسبب الأساسي لحدوث هذا النوع غير معروف، ولا يحدث تدمير لخلايا بيتا بعكس النوع الأول من مرض السكري، ويكون لديهم مقاومة للأنسولين أو نقص في إفراز الأنسولين أو كليهما، ولا يكونون بحاجة ماسة للأنسولين للمحافظة على الحياة ولكن قد يحتاجونه في بعض الحالات للسيطرة على مستوى السكري في الدم، غالباً ما يكون الأشخاص بدناء أثناء تطويرهم للمرض، وتزيد السمنة من مقاومة الأنسولين، قد يبقى هذا النوع من السكري بدون أن يلاحظ ويشخص عدة سنوات وذلك لأن ارتفاع جلوكوز الدم يتطور بشكل تدريجي ولا توجد أعراض حادة كافية لتشخيص مرض السكري، ولكنهم في خطر متزايد من تعرضهم لمشكلات في الأوعية الدموية الدقيقة ومضاعفات ذلك، إن مستويات الأنسولين في دم المرضى قد تكون بالحدود الطبيعية أو حتى مرتفعة ولكنهما غير كافية للسيطرة على مستوى السكر في الدم ضمن الحدود الطبيعية بسبب مقاومة الأنسولين لديهم، مقاومة الأنسولين قد تتحسن من خلال تخفيف الوزن وبإتباع الحمية الغذائية أو بتناول الأدوية مما يؤدي إلى إبقاء مستوى السكر في الدم ضمن الحدود الطبيعية، خطر الإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري يتزايد مع التقدم بالعمر وزيادة الوزن والخمول وقلة الحركة (العنزي، 2009).

حدود الدراسة ومحدداتها

- **الحدود الزمانية:** طبقت الدراسة في العام 2013/2012م.
- **الحدود المكانية:** طبقت الدراسة في مركز السكري بمحافظة القريات.
- **الحدود البشرية:** طبقت الدراسة على عينة من الذكور المصابين بمرض السكري بنوعيه الأول والثاني.
- يرتبط تعميم نتائج الدراسة الحالية بصدق وثبات البرنامج والتزام المسترشدين بالجلسات، ويرتبط تعميم النتائج بمدى صدق أداة الدراسة وثباتها.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

نظراً لأهمية إرشاد المرضى الذين يعانون من الاكتئاب بسبب أمراضهم بشكل عام والمرضى الذين يعانون من الاكتئاب بسبب مرض السكري بشكل خاص، أجريت العديد من الدراسات على مرضى السكري في مجالي الاكتئاب وعلاجه عن طريق التدخل المعرفي السلوكي، لذلك قام الباحث بالإطلاع على الأدب النظري وعلى ما تم إنجازه في هذا المجال بشكل عام. وقد قام الباحث بتقسيم الدراسات السابقة إلى محورين، شمل الأول الدراسات المتعلقة بمستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري، بينما ضم المحور الثاني الدراسات المتعلقة بفعالية برامج الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض حدة الاكتئاب لدى مرضى السكري. وتالياً عرض لأهم الدراسات السابقة حول هذا الموضوع بحسب تسلسلها التاريخي من الأقدم إلى الأحدث.

المحور الأول: الدراسات المتعلقة بمستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري.

قامت باولا وسورويت وزوكر ماكسيكل (Paula, Zuker & McCaskill, 2001) بإجراء دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي والاجتماعي والاكتئاب والعلاقة الزوجية ومدى تأثير ذلك على مستوى السكر لدى مرضى السكري. تكونت عينة الدراسة من (78) مريضًا بالسكري من الكبار المتزوجين من النوع الأول والنوع الثاني والذين يعالجون بالأنسولين، وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية. واستخدم الباحثون عدة مقاييس في دراستهم مثل مقياس للتوافق الشخصي والاجتماعي وعلاقته بالأزواج ومقياس لجودة الحياة ومقياس طبي لتحديد مستوى التحكم في السكر لدى المرضى، ومن نتائج الدراسة: وجود ارتباط موجب بين الرضا الزواجي ومستوى التوافق الشخصي والاجتماعي

وأيضا بين الرضا الزواجي وجودة الحياة، فكلما ارتفع مستوى الرضا الزواجي انعكس إيجابا على مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي للمريض وعلى جودة الحياة لديهم، وكلما زاد القلق والاكتئاب انخفضت جودة الحياة لديهم، ولكن لم تتضح حسب نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين التوافق الزواجي ومستوى التحكم في السكر لدى مرضى السكري أفراد العينة بشكل عام.

وأجرى باوير سونيك (Pouwer & Snoek, 2001) دراسة في هولندا هدفت إلى معرفة مدى ظهور علامات الاكتئاب لدى مرضى السكري وعلاقتها بمستوى التحكم في نسبة السكر لدى عينة من الذكور والإناث. تكونت عينة الدراسة من (174) مريضاً ومريضة بالنوع الثاني، منهم (74 ذكور، 100 إناث) يراجعون مراكز السكري التخصصية في أمستردام. وقد تم تطبيق مقياس الاكتئاب لدى مرضى السكري والذي تم إعداده خصيصا لغايات تحقيق هدف الدراسة كما تم الحصول على بعض المعلومات من السجلات الخاصة بالمرضى ، ثم تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين للوصول إلى نتائج الدراسة والتي بينت أن العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والسكري كانت أقوى لدى النساء منه لدى الرجال، حيث وجدت علامات الاكتئاب في كل ثلاث حالات من أربعة لدى النساء، وحالة واحدة من كل أربع حالات من الرجال. وأوصت الدراسة بضرورة تنفيذ برامج علاجية إرشادية للحد من ظاهرة الاكتئاب لدى مرضى السكري بالتزامن مع المراحل العلاجية الجسدية التي يمرون بها.

وهدفت دراسة رضوان (2002) إلى التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، وعلاقة ذلك بمتغيرات السلوك الديني، وتاريخ المرض، والجنس، وتكونت عينة الدراسة من (267) مريضًا ومريضة من مرضى السكري بواقع (111) ذكور، (156) إناث، استخدم الباحث اختبار للقلق وللسلوك الديني من إعداده. ونتج عن الدراسة أن مرضى السكري يعانون من آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات السكري، وأن هناك فروقاً دالة إحصائيا

في القلق لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث، وجود فروق في السلوك الديني تعزي لمتغير الجنس لصالح الذكور، توجد فروق دالة في القلق تعزى لمتغير تاريخ المرض لصالح المجموعة أكثر من (18 سنة) وفروق في السلوك الديني لصالح المجموعة أقل من (9) سنوات، وأن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة أي أنه كلما زاد مستوى القلق قل مستوى السلوك الديني والعكس هو الصحيح.

أجرى بولماش وهاركنز وستيوارت وباجي (Bulmash, Horkenss, Stewart, Bagby, 2009) دراسة في تورنتو بكندا هدفت إلى البحث في مدى استجابة مرضى السكري لعلاج الاكتئاب وعلاقة ذلك بسماتهم الشخصية وأحداث الحياة الضاغطة التي يتعرضون لها، وتكونت عينة الدراسة من (113) فرداً يراجعون مراكز صحية لعلاج الاكتئاب بعد إصابتهم بمرض السكري. وخضع المشاركون لعلاج سلوكي معرفي لمدة (16) أسبوع ثم طبق عليهم مقياس بدفورد لأحداث الحياة الضاغطة. وبعد جمع البيانات وتحليلها أظهرت الدراسة أن الضغوطات التي تقع على الفرد وسببت له الاكتئاب تزيد من حالته سوءً إلا إذا تم علاج هذه الأحداث وإنهائها مسبقًا. كما بينت الدراسة أن التوتر يصيب أولئك الذين يفقدون نفسهم أكثر، وبالتالي يصابون بنسب أعلى من الاكتئاب.

وأجرى العنزي (2009) دراسة هدفت إلى الكشف عن الاكتئاب ومعرفة مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري والأصحاء في محافظة القريات، في ضوء مجموعة من المتغيرات تشمل: الجنس والعمر والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي. تكون مجتمع الدراسة من مرضى السكري (النوع الأول – النوع الثاني) الراشدين (adults) من المراجعين لمركز السكري ومراكز الرعاية الصحية الأولية بمحافظة القريات في المملكة العربية السعودية.

وقد بلغ عدد العينة الكلية لمرضى السكري (149) مريضاً، وتم اختيارهم بالطريقة المتيسرة، وبلغت عينة الأصحاء (164) فرداً. وتبين بأن عدد مرضى السكري ممن وجد لديهم درجات من متوسطة إلى شديدة في الاكتئاب بلغ (89) مريضاً، وبنسبة انتشار 59.7% من عدد العينة الكلية. أما بالنسبة لعينة الأصحاء فبلغ عدد الذين حصلوا على درجة متوسطة في الاكتئاب (19) شخصاً، ولم يحصل أي فرد من عينة الأصحاء على درجات اكتئاب تقع ضمن المدى الشديد، وبلغت نسبة انتشار الاكتئاب لديهم 11.6% من عدد عينة الأصحاء الكلي.

كما أجرى ناصر وحبيب وحسن وخليل (Nasser, Habib, Hasan & Khalil, 2009) دراسة في مملكة البحرين هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري الذين يراجعون عيادات السكري في المراكز الصحية البحرينية. تكونت عينة الدراسة من (264) مريضاً (160 إناث، 104 ذكور) استجابوا على مقياس بيك(BDI) والذي تكون من (19) فقرة بعد تعديله ليتناسب وبيئة الدراسة، كما تم جمع العديد من البيانات عن المرضى مثل تاريخ المرض والعمر ونوع العلاج وجلسات علاج الاكتئاب التي خضعوا لها من ملفاتهم الطبية. وبعد جمع البيانات وتحليلها بينت الدراسة أن (88) مريضاً يشكلون ما نسبته (33.3%) من العينة يعانون من الاكتئاب بشكل مرتفع، وأن معظم حالات الاكتئاب كانت لدى الإناث. وبينت الدراسة وجود علاقة ارتباط قوية بين مرض السكري ونوعه ومدة المرض ونوع العلاج والعمر من جهة وبين ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى المريض وخصوصاً في ظل عدم وجود برامج إرشادية مرسومة مسبقاً للحد من الاكتئاب عند هذه الفئة من المرضى.

المحور الثاني: الدراسات المتعلقة بفعالية برامج الإرشاد المعرفي السلوكي في تخفيض حدة الاكتئاب لدى مرضى السكري

أجرت ليسرمان وزملاؤها (Lesrman, et al., 2000) هدفت للكشف عن أثر أحداث الحياة الضاغطة وأعراض الاكتئاب والدعم الاجتماعي وإستراتيجيات التأقلم لدى عينة من مرضى السكري. وتكونت عينة الدراسة من (82) رجلاً مصابون بالنوع الأول من السكري أو يعانون من أعراض السكري تمت دراسة حالتهم كل ستة شهور ولمدة (7) سنوات ونصف. وتمت متابعة تطور المرض إلى جانب نوعية أحداث الحياة الضاغطة والاكتئاب المصاحب لتناول الأدوية، وبعد جمع البيانات من عينة الدراسة واستخدام نماذج كوكس لتحليل الانحدار بينت نتائج الدراسة أن تطور الحالة المرضية يزيد من الاكتئاب لدى أفراد العينة ويدفعه للإقبال على تناول الأدوية المختلفة والانطواء وعدم القدرة على التأقلم الاجتماعي.

وهدفت دراسة انتوني واكواريللي (Anthony & Aquarelle, 2001) إلى الكشف عن تأثير التدخل المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى الشباب الذين يعانون من مرض السكري من النوع الأول. تكونت عينة الدراسة من (6) مرضى بالسكري من الشباب ويراجعون عيادات السكري في نيويورك خاصة ممن ارتفع لديهم درجة الاكتئاب حسب مقياس الدراية الاستطلاعي. وتم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي عليهم، وتدريبهم على فنية حل المشكلات من خلال عدة جلسات بلغت (16) جلسة، وتم تقييم فاعلية البرنامج عن طريق مقياس خاص مكون من (33) فقرة موزعة على أبعاد القلق والغضب والضغوط. وقد بينت نتائج الدراسة أن أربعة مرضى أظهروا تحسناً واضحاً بعد تطبيق البرنامج مقارنة بما كانوا عليه قبل تطبيق

البرنامج، بينما لم يتغير مستوى الاكتئاب لدى اثنين من أفراد نفس العينة المستخدمة في الدراسة.

وقام بيبرنك واندرسون و اوكانوفيك (Pibernik, Anderson & Okanovic, 2004) بإجراء دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدخل جماعي مستند إلى النظرية المعرفية على جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني. تكونت عينة الدراسة من (73) مريضاً يراجعون عيادة السكري في مستشفى ميتشغان العام وتتراوح أعمارهم بين 23 سنة– 57 سنة. وقد تم تطبيق برنامج علاجي إرشادي مكون من (14) جلسة، ركزت على الوضع النفسي والاجتماعي للمريض وإكسابه المهارات المعرفية والسلوكية المرتبطة بمواجهة المرض. و تم تطبيق مقياس جودة الحياة قبلياً وبعدياً على عينة الدراسة، وبعد ثلاث شهور من المتابعة أعيد تطبيق المقياس حيث أظهرت نتائج الدراسة إلى أن برنامج التدخل العلاجي كان فعالاً وله جدوى واضحة في تحسين جودة حياة المريض وإكسابه مهارات مواجهة المرض، علاوة على تحسين الصحة النفسية للمريض، وتبين ذلك من خلال التحسن في مستوى تحكم المرضى بمعدل السكري لديهم. كما بينته سجلاتهم الطبية.

كما أجرى كارلسن ودريدال وروكن وبرو Karlsen, Dirdal, Roken & Bru (2004,) دراسة في المملكة المتحدة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي جماعي على مستوى الاكتئاب والضغوط النفسية ومهارات المواجهة لدى مرضى السكري الكبار من النوعين. تكونت عينة الدراسة من (63) مريضاً ذكراً تتراوح أعمارهم بين 25 سنة – 70 سنة، قسموا الى مجموعتين، ضابطة بواقع (30) مريضاً، وتجريبية بواقع (33) مريضاً. وتم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية ضمن (11) جلسة، ثم تم تطبيق مقياس الضغوط النفسية والاكتئاب ومهارات المواجهة. وتم متابعة أفراد العينة بعد (6) شهور من

تطبيق البرنامج. وقد بينت نتائج الدراسة أن أفراد المجموعة التجريبية انخفض لديهم مستوى الضغوط المتعلقة بمرض السكري وقل الاكتئاب لديهم، كما تحسنت مهارات المواجهة لديهم حسب المقياس المستخدم مقارنة بالمجموعة الضابطة وبقي التحسن موجودا لديهم في الاختبار التتبعي أيضاً.

وقام هويل وباند وتشانج وتشو وتشو Hiwel, Band, Chang, Chu and (Chou,2006) بدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وجدواه في خفض الأعراض الاكتئابية لدى بعض المكتئبين المصابين بالسكري. وتكونت العينة الكلية من (51) مريضاً، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وقوامها (26) فرداً، والمجموعة الضابطة وقوامها (25) فرداً واشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومدته(12) أسبوعاً. وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، (BDI) ومقياس بيك للاكتئاب الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة، كما أوضحت النتائج أيضاً استمرار بعض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المتابعة ولكن بمستوى متدنٍ بالنسبة لنفس المجموعة قبل اشتراكها في البرنامج.

أجرت اتاريا وماهناز وماسود وهاجهيجهيم Mahnaz, Massoud & ،Attaria (Haghighim, 2006) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لإدارة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى مرضى النوع الأول من السكري. تكونت عينة الدراسة من (60) فرداً ذكراً يراجعون المركز الصحي المركزي لعلاج سكر الدم في نيويورك، وقد تراوحت أعمار المشاركين بين (16–30) سنة، تم تقسيمهم إلى

مجموعتين تجريبية بواقع (30) فرداً وضابطة بواقع (30) فرداً. وتم إخضاع المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي الإرشادي الذي تم تصميمه لغايات الدراسة، وتم قياس مخزون السكر في الدم للمجموعتين قبل وبعد البرنامج، وتطبيق مقياس مواجهة الضغوط والاكتئاب. وقد أظهرت نتائج الدراسة تحسن مستوى مخزون السكر في الدم لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة مع قياس ما قبل البرنامج مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما بينت الدراسة تحسن مهارات المجموعة التجريبية في مواجهة الضغوط وممارسة الاسترخاء العضلي وانخفضت لديهم أعراض الاكتئاب مثل الانطواء والتفكير غير المنطقي والخوف من المستقبل.

وأجرى لاين وماكريللي والتو (Lynne, Mccarely & Aalto, 2007) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى تحسين تقدير الذات المنخفض كعنصر بسبب الاكتئاب عن طريق التدخل المعرفي .وتكونت عينة الدراسة الكلية من امرأة كانت تعاني من أعراض القلق والاكتئاب مع وجود أفكار انتحارية بسبب الإصابة بداء السكري، بعمر زمني (79) عامًا، واشتملت أدوات الدراسة على التقارير الشفوية من الحالة، وبرنامج للعلاج المعرفي قصير الأمد، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي قصير الأمد في التدخلات الرامية للحد من تدني تقدير الذات لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، حيث أظهرت المريضة عقب الانتهاء من التدخل نتائج إيجابية وتحسينات كبيرة في تقدير الذات، وانخفاض مستوى الاكتئاب، واختفاء الأفكار الانتحارية التي كانت لديها قبل التدخل، ونتائج الدراسة بوجه عام تشير إلى إمكانية استخدام التدخل المعرفي بنجاح مع المرضى الأكبر سنًا، كما أنه يوفر للمرضى المشاركة الفعالة والإيجابية في علاج الاكتئاب، وأن العلاج المعرفي له من الكفاءة والقدرة على التصدي وبصرامة للتقييمات السلبية الذاتية عميقة الجذور.

وأجرى باستيلار وباوير وكوجيبيرز وتويسك وسونيك Bastelaar, Pouwer, (Cuijpers, Twisk & Snoek, 2008) دراسة في هولندا هدفت إلى الكشف عن أثر برنامج معرفي سلوكي محوسب في تخفيض الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري. تكونت عينة الدراسة من (286) مريضاً يعانون من مرض السكري تم تقسيمهم إلى مجموعتين، تجريبية بواقع (143) مريضاً وضابطة بواقع (143) مريضاً. قد تلقت المجموعة التجريبية برنامجاً علاجياً إرشاديا لمدة (8) أسابيع، تضمن جلسات محوسبة حول الاسترخاء العضلي وكيفية مواجهة الضغوط، ومهمات وواجبات بيتية، وقد تلقى المشاركون التغذية الراجعة بواسطة البريد الالكتروني أو التواصل الالكتروني مع المدربين. وبعد انتهاء فترة العلاج تم تطبيق مقياس (التأقلم مع الاكتئاب) الذي طوره الألماني كولر لافين كونه يناسب حالات مرضى السكري. وبعد جمع البيانات وتحليلها أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج بواسطة البرنامج حيث تراجعت أعراض الاكتئاب لدى المرضى خصوصا في مجال توتر العواطف والأفكار اللاعقلانية مثل الانتحار، كما بينت الدراسة أن البرنامج عدل سلوك أفراد المجموعة التجريبية في مجالات التعاطي مع المعالجين وتناول العلاج والسلوك اليومي الاجتماعي.

وهدفت دراسة رضوان (2008) إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، بلغت عينة الدراسة (24) مريضًا ومريضة، منهم (12) يمثلون العينة الضابطة و(12) يمثلون العينة التجريبية، واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية، ومقياس التوافق النفسي، استمارة لتقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية، وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وجميعها من إعداد الباحث، ومن نتائج الدراسة، وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي

لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل إجراء البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد إجراء البرنامج على مقياس الضغوط النفسية لصالح الإجراء البعدي، وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل إجراء البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد أداء البرنامج على مقياس التوافق النفسي لصالح الإجراء البعدي، وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة في الإجراء البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومقياس التوافق النفسي لصالح أفراد المجموعة التجريبية. مما يثبت فاعلية البرنامج العلاجي في تحقيق التوافق النفسي وخفض الضغوط النفسية لدى المريض.

وأجرت مجدي (2009) دراسة هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكري المراهق، بلغت عينة الدراسة (101) من مرضى السكري المراهقين تتراوح أعمارهم مابين 13-21 عاماً وعينة إكلينيكية تكونت من (4) حالات، واستخدمت الباحثة مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة لمريض السكري وكلاهما من إعدادها، وأيضًا استخدمت استمارة دراسة الحالة، ومن أهم نتائج الدراسة، وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين أبعاد جودة الحياة، لا يوجد تأثير دال إحصائيا لعامل الجنس في إدراك المساندة الاجتماعية بشكل عام بينما وجدت فروق لعامل الجنس في إدراك المساندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء لصالح الإناث، ولا توجد فروق دالة إحصائياً لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة بشكل عام بينما وجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث، وكشفت الدراسة عن وجود بعض العوامل المؤثرة في شعور مريض السكري بجودة الحياة.

وأجرى بيتراك وهاوتزينجر وبلاك وكرونفلد وروكيس وهيربيرتس وموللرز Petrak, (Hutzinger, Plack Kronfeld Ruckes, Herpertz & Muller, 2010) دراسة في ألمانيا هدفت إلى الكشف عن أثر برنامج معرفي سلوكي في تخفيض الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري الكبار بالسن والمصابين بالنوع الثاني منه. تكونت عينة الدراسة من (315) مشاركاً تم اختيارهم من (20) مركزاً صحياً من منطقة الراين بناء على الإصابة بالنوع الثاني من السكري، والمعدل العمري (65-85)سنة، والإصابة بالأعراض البسيطة أو الشديدة للاكتئاب حسب ملفاتهم الطبية. وتم تقسيم المرضى إلى ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين، ومجموعة ضابطة، تلقت المجموعات التجريبية برنامجاً علاجياً معرفياً سلوكياً لمدة (12) أسبوع، وتم اختيار إحداهما لجلسات متابعة بعد سنة من انتهاء البرنامج، بينما لم تتلق المجموعة الضابطة أي إرشاد حول الاكتئاب. وبعد انتهاء الجلسات الإرشادية تم تطبيق مقياس الاكتئاب بصورته الألمانية، حيث تبين على أثره انخفاض مستوى الاكتئاب لدى المجموعتين التجريبيتين مقابل المجموعة الضابطة، كما بينت دراسة المتابعة التي أجريت بعد عام على المجموعة التجريبية الثانية وجود تحسن ملحوظ في استراتيجيات التعاطي مع المرض وخاصة إدارة العلاج والاستجابة له، والنظر إلى المرض بطريقة يمكن أن يتعايش فيها المريض معه، كما بينت الدراسة أهمية العلاج المعرفي السلوكي في إدارة مرضى السكري لعلاجهم وفي تخفيض نفقات العلاج.

لاحظ الباحث من خلال استعراض الدراسات السابقة ذات الصلة اتفاق هذه الدراسات وخصوصاً الأجنبية منها على فعالية البرامج العلاجية القائمة على الأسلوب المعرفي السلوكي في خفض حدة الاكتئاب لدى مرضى السكري. كم لاحظ الباحث استخدام الدراسات السابقة للمنحى التجريبي، ووجود نقص في الدراسات العربية التي تناولت موضوع العلاج المعرفي

السلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري بنوعيه وهذا ما تميزت به الدراسة الحالية عن هذه الدراسات. وتتميز الدراسة الحالية أيضاً كونها أجريت بعد قيام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية على مرضى السكري لتحديد أكثر الاضطرابات شيوعاً لديهم وهذا ما لم تقم به الدراسات العربية السابقة.

وقد استفاد الباحث من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة في إثراء الإطار النظري والتعرف على منهجيتها وفي إعداد وبناء أدوات الدراسة الحالية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

تضمن هذا الفصل وصفاً للطريقة والإجراءات،التي استخدمها الباحث في دراسته كما تضمن تعريفاً بمجتمع الدراسة وعينتها، والأداة المستخدمة فيها، وكيفية بنائها، وإجراءات تطبيقها، والتأكد من صدقها وثباتها، إضافة إلى وصف الطريقة الإحصائية التي استخدمها الباحث في تحليل البيانات واستخلاص النتائج.

أفراد عينة الدراسة

العينة الاستطلاعية:

قام الباحث بمسح استطلاعي حول مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري بمحافظة القريات. وقد استخدم مقياس بيك للاكتئاب على عينة مكونة من (127) مريضاً ، تبين منه أن أن (48) مريضاً يعانون من الاكتئاب بشكل معتدل وبنسبة (37.8%) من مجمل العينة الاستطلاعية، بينما بلغ عدد الذين يعانون من الاكتئاب بدرجة متوسطة (64) فرداً بنسبة (50.4%) من مجمل العينة الاستطلاعية. وبلغ عدد الذين يعانون من الاكتئاب الشديد (15) فرداً بنسبة (11.8%) من مجمل العينة الاستطلاعية. وهذه النسب تؤكد وجود الاكتئاب لدى مرضى السكري الذكور في محافظة القريات بالمملكة العربية السعودية، مما دفع الباحث إلى اختيارهم لإجراء الدراسة عليهم باستخدام برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة الاكتئاب لديهم.

العينة التجريبية:

قام الباحث باختيار عينة متيسرة من المفحوصين الذين حصلوا على (16) درجة فما فوق على مقياس(بيك) وهذا يعني أنهم يعانون من مستوى اكتئاب يتراوح بين طفيف وشديد جداً. وقد بلغ عدد العينة الكلي (24) مريضاً ممن توصل الباحث إلى إقناعهم بالبرنامج، وقد تم الاتفاق مع (12) مريضا ليشكلوا مجموعة تجريبية، و(12) مريضاً عينة ليشكلوا مجموعة ضابطة، وقد ترك الباحث حرية الاختيار للمريض بهدف إعطاء المريض حساً من المسؤولية تجاه البرنامج.

أدوات الدراسة

أولاً- قائمة بيك للاكتئاب

وصف المقياس:

منذ نشر الصورة المختصرة لمقياس بك الأول المعدل للاكتئاب بالعربية، استخدم المقياس على نطاق واسع في مصر والبلاد العربية كأداة بحثية رئيسية في دراسة الاكتئاب. لكي يكون المقياس أداة مناسبة لتشخيص اضطرابات الاكتئاب من جانب الأطباء النفسيين والأخصائيين والمرشدين النفسيين على حد سواء، مستخدمين في ذلك لغة العصر الحالي في التعامل مع الاضطرابات العقلية.

والواقع أنه منذ ظهور الصورة الأولى للمقياس عام 1961 وإلى صدور هذه النسخة عا 1996، أصبح مقياس بك للاكتئاب BDI أكثر مقاييس الاكتئاب انتشاراً واستخداماً في المجال لتقييم شدة الاكتئاب للمرضى بهذا الاضطراب وأيضاً في متابعة الاكتئاب المحتمل لدى الأفرا العاديين. وهناك العديد من الدراسات التي اهتمت بتطبيقات مقياس الاكتئاب BDI ومواصفات

السيكومترية. وقد تم بناء مقياس بك للاكتئاب الصورة الأولى BDI على عبارات وصفية نمطية فيما يتعلق بالأعراض التي تم إعلانها بشكل متكرر بواسطة المرضى النفسيين المشخصين بالاكتئاب، والتي تم إعلانها بشكل أقل تكراراً من المرضى النفسيين غير المشخصين بالاكتئاب. وقد تـم التوصل إلى الـ 21 بنداً لكي تكون ممثلة للأعراض والاتجاهات الاكتئابية، كما تم تنظيم هذه البنود تبعاً لشدة محتوى العبارات البديلة الأربع لكل بند، وتم ترتيب العبارات في كل بند على مقياس من أربع نقاط من صفر (0–3). وذلك حسب شدة العرض الذي تمثله مجموعة من العبارات التي تصف مشاعر مختلفة ويطلب من الشخص الذي يخضع للاختبار أن يضع علامة (X) أمام العبارة المناسبة من كل مجموعة والتي تنطبق على حالته. ويضم الاختبار مجموعات من العبارات حول الشعور بالحزن، والتشاؤم من المستقبل والشعور بالفشل، وعدم الرضا، والشعور بالذنب، وتوقع العقاب، وخيبة الأمل، واللوم والانتقاد، والأفكار الانتحارية، والبكاء، والضيق، وفقد الاهتمام، والشكل والصورة الجسمية، والكفاءة بالعمل، والنوم، والإجهاد، وشهية الطعام، والانشغال بالصحة، والاهتمام بالجنس (غريب، 2000).

تصحيح قائمة بيك:

استخدم في هذه الدراسة مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory الصيغة المعدلة (Bdi-ia) وهي من وضع العالم آرون بيك(ملحق، أ)، وقدمت هذه القائمة أول مرة عام (1971) ومصممة لتقدير شدة الاكتئاب لدى المراهقين والراشدين وتشتمل على (21) بنداً، وكل بند يتكون من أربع عبارات تقدر من (صفر– 3) والدرجة الكلية القصوى هي (63). وبالنسبة لمستويات الاكتئاب فقد قسمت إلى أربع أقسام:

1) من (صفر – 9) اكتئاب بسيط

2) من (10 –16) اكتئاب طفيف

3) من (17-29) اكتئاب متوسط.

4) من (30- 63) اكتئاب شديد Severe.

وهذه النسخة من ترجمة وتقنين احمد عبد الخالق (1996). الذي أجرى تقنين للقائمة على عينات متعددة ذات أحجام كبيرة مشتقة من أربع دول عربية هي: مصر، والسعودية، والكويت، ولبنان.

صدق قائمة بيك":

استخدمت ثلاث طرق لتقدير صدق الصيغة العربية من قائمة " بيك " للاكتئاب على عينات عربية كالآتي: صدق التكوين والصدق التلازمي والصدق التمييزي. وتمت البرهنة على صدق التكوين من خلال حساب معاملات الارتباط بين قائمة " بيك " للاكتئاب ومقاييس التفاؤل والتشاؤم واليأس، حيث ارتبطت قائمة " بيك" كما يلي :((ر= -0.5593) مع مقياس التفاؤل) و((ر= 0.7184) مع مقياس التشاؤم)، و((ر = 0.3369) مع مقياس اليأس). وتمت البرهنة على الصدق التلازمي للقائمة إذ وصل متوسط ارتباطات القائمة بمقاييس ثلاثة للاكتئاب (جيلفورد – مقياس الاكتئاب المشتق من مقياس MMPI – ومقياس الاكتئاب من قائمة الصفات الانفعالية المتعددة ل"زوكرمان ولوبين") إلى (0.56). وكان تشبع الدرجة الكلية للقائمة بعامل عام للاكتئاب هو (0.80) مما يشير إلى صدق عاملي مرتفع. وحصل المكتئبون على أعلى متوسط للدرجات بين مجموعات الأسوياء والفصاميين والمدمنين، مما يؤكد الصدق التمييزي للقائمة.

ثبات قائمة بيك:

قامت حسين (2008) بتعريب قائمة بيك وإعدادها بلهجة سعودية بهدف تمكين الأخصائيين من استخدامها في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية، وقد قامت بالتأكد من صلاحية القائمة، وبلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0.92).

بلغ ثبات إعادة التطبيق للصيغة العربية لقائمة " بيك " للاكتئاب إلى (0.62) على عينة من طلاب الجامعة (ن = 46)، على حين تراوح ثبات الاتساق الداخلي لدى طلاب جامعيين من أربع دول عربية بمعاملات " كرونباخ " ألفا بين (0.65 و 0.89) وكلها معاملات ثبات مرتفعة، وقد بلغ معامل كرونباخ ألفا إلى (0.82)، لدى السعوديين(العنزي، 2009).

ثانياً: البرنامج الإرشادي

قام الباحث بإعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي بعد العودة إلى الأدب النظري المتعلق بنظريات الإرشاد النفسي والدراسات المتعلقة بهذا المجال. وتكوّن البرنامج من (4) محاور أساسية على النحو الآتي:

1. **أهداف البرنامج:** هدف البرنامج إلى:

- خفض حدة الاكتئاب الناتجة عن الإصابة بمرض السكري بنوعيه الأول والثاني لدى عينة من المصابين بالمرض في منطقة القريات بالمملكة العربية السعودية.
- محاولة التخفيض من حدة الآثار السلبية الناتجة عن مرض السكري.
- استخدام الأساليب العلاجية الإرشادية المناسبة والأكثر فعالية للتخفيض من حدة التوتر والقلق والاكتئاب لهذه الفئة من المرضى.

- مساعدة المرشدين في المملكة العربية السعودية في عملهم من خلال تقديم برنامج تم التأكد من فاعليته للتعامل مع مرضى السكري.

وتحقق ذلك من خلال الأهداف الإجرائية الآتية:

أ. تحسين وعي مرضى السكري بالمتغيرات النفسية التي لها علاقة بحالتهم وتأثير ذلك على حالتهم الصحية.

ب. مناقشة الأخطار التي تؤثر على المريض معرفياً وسلوكياً وتدفعه إلى الانطواء أو التفكير بأساليب غير منطقية وتعديل هذه السلوكيات.

ت. تحديد جميع الانفعالات والسلوكيات غير المناسبة والتي تؤدي للاكتئاب وتدفع المريض إلى إهمال العلاج، وعدم إتباع التعليمات الطبية، ودفع مريض السكري نحو الانفعال المناسب مع المواقف والأحداث.

ث. تحسين إدراك المريض في مواجهة المرض والتعرف إلى الحالة الصحية من مختلف جوانبها لتمكينه من مواجهة الاكتئاب.

ج. إدراك المريض بأن المعتقدات والأفكار ذات الصلة بالحالة الصحية هي التي تؤدي حتماً إلى الاضطرابات الانفعالية والمعرفية والسلوكية وبالتالي تؤثر على الحالة الصحية.

ح. مساعدة المريض على كيفية استثمار الإمكانيات المتاحة لديهم والمتاحة في المجتمع بهدف مواجهة الاكتئاب وتدعيم السلوكيات والقيم الايجابية لدى المريض في مواجهة المرض والاضطرابات النفسية المرافقة له.

2. أسس البرنامج الإرشادي:

تلتزم البرامج الإرشادية في المجال النفسي بأسس علم النفس وتسعى لتحقيق أهدافه، وهي عبارة عن مجموعة من الاستراتيجيات والطرق التي تقدم بواسطتها خدمات المساعدة والإرشاد النفسي، ويعرف الباحث البرنامج بأنه (خطة عمل تصمم وتنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات النفسية المباشرة وغير المباشرة، من أجل تحقيق أهداف علم النفس الإنمائية والوقائية والعلاجية).

3- خطوات إعداد وتطبيق البرنامج:

أ- قام الباحث بتصميم البرنامج وفقا لأعراض الاكتئاب التي يعاني منها المرضى بعد العودة إلى ملفاتهم الطبية وسؤال الأطباء والمختصين المسؤولين عن حالات مرض السكري في منطقة القريات بالمملكة العربية السعودية، ومن خلال نظريات الإرشاد النفسي والدراسات السابقة.

ب- الحصول على الموافقات اللازمة من الجهات المعنية بالمملكة العربية السعودية لتطبيق البرنامج.

ج- تحضير العينة التي سيطبق عليها البرنامج وأخذ الموافقة الشفهية منهم وتحديد المواعيد للبدء في تطبيق البرنامج، وكذلك تحديد موعد أول جلسة ومدتها في البرنامج.

د- تجهيز المكان المناسب للتطبيق وذلك بمساعدة الجهات المعنية في منطقة القريات بالمملكة العربية السعودية.

4- محتوى البرنامج:

يشمل البرنامج على مجموعة من الأساليب العلاجية ومجموعة من مراحل التداخل المهني، وهي ذاتها التي يتم استخدامها في برامج الإرشاد المعرفي السلوكي المطبقة سابقا، وتشمل:

أ. **الأساليب المعرفية:** وهي تساعد مرضى السكري على إعادة الفهم وإعادة البناء المعرفي وكذلك بالنسبة للأفراد المحيطين بالمريض. وتشمل مجموعة من الاستراتيجيات مثل:

- التوضيح والشرح المبسط.
- المناقشة والحوار.
- التشجيع والدعم.
- التحليل المنطقي للأفكار.
- التحدي والمواجهة.
- التنفيذ والاستبصار.
- الإقناع.

ب. **الأساليب السلوكية:** وتهدف إلى تعديل السلوك، ومنها:

- التعزيز الموجب: بمكافأة الجهود الناجحة للمريض لتغيير الأفكار اللاعقلانية والتحكم في الانفعالات السالبة وإتباع التعليمات الطبية. والتدعيم الانفعالي والتدعيم المعرفي والتدعيم الاجتماعي والتدعيم الذاتي والتدعيم الديني والتدعيم المجتمعي.
- الواجبات المنزلية المحدودة: بما يتناسب مع الظروف الصحية لمريض السكري مثل قراءة موضوع متعلق بالمرض ومناقشة المريض فيه، وتسجيل المريض لانفعالاته وسلوكه وتعريف المريض على سلوكه وتصرفاته الخاطئة و محاولة تعديله.

- النمذجة: بإعطاء المريض نماذج تساعد على التخفيف من الآثار السلبية للمرض، ويقدم الباحث نفسه كنموذج عند ضبط انفعالاته.
- الحث والتشجيع: بهدف حث المريض على الاندماج في أنشطة جديدة وتكوين صداقات وحضور المناسبات الاجتماعية، وذلك عن طريق مساعدة اسر المرضى.

مراحل التدخل الإرشادي: تكون البرنامج من مرحلة الإعداد ومرحلة التدخل المهني ومرحلة الإنهاء.

أ. مرحلة الإعداد: راعى الباحث مجموعة من الضوابط في هذه المرحلة هي:

- اختيار أعضاء المجموعة التجريبية باتباع معاينة سليمة ومن مجتمع واحدٍ، مما يؤكد ضمان تشابه أعضاء المجموعة.
- التأكد من ثبات وصدق أداة الدراسة المستخدمة بحيث يمكن الاعتماد على نتائجها والتأكد من أن الفروق المتحصلة قبل التدخل المهني وبعده ترجع إلى البرنامج الإرشادي.
- تحديد الأساليب المناسبة للتدخل الإرشادي سواء كانت أساليب معرفية أو سلوكية.
- وصف برنامج التدخل المهني للمرضى بلغة سهلة واضحة مع تجنب استخدام المصطلحات العلمية، لتوضيح التأثير الايجابي للبرنامج على تحسن الاضطراب المعرفي والسلوكي للمريض وأيضًا على تحسن حالته الصحية.
- عقد اتفاق بين الباحث والمرضى وتحديد فترة العلاج ونهايته وتحديد الهدف من العلاج وتحديد مهام المرضى ومهام الباحث.
- تكوين علاقة مهنية أساسها المودة والاحترام والتقبل والموضوعية والثقة مع مرضى السكري ومن لهم علاقة بهم.

ب- مرحلة التدخل المهني:

الإعداد القبلي: وتهدف إلى إعداد المجموعة وتهيئتها لتلقى المقرر العلاجي، وزيادة توجهها واستعدادها للاستفادة من الجلسات العلاجية، وقد استعان الباحث بالمقابلات الفردية لكل فرد في المجموعة على حده، ثم استخدام الألفة الجماعية لزيادة المعرفة والثقة والأمان وتقليل حدة القلق، ويمكن أن يستغرق ذلك جلستين.

التقويم القبلي وتحديد المشكلة: تهدف هذه المرحلة إلى تحديد المشكلة أو المشكلات الخاصة بأفراد المجموعة وهى في الدراسة الحالية: الاكتئاب ومحاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية على المرضى . وتحديد طبيعته وشدته، وذلك باستخدام المقاييس المعدة لذلك وتكون هذه المقاييس بمثابة التقويم القبلي

ج- مرحلة الإنهاء والتقويم:

استخدم الباحث في مرحلة الإنهاء، التقويم التكويني ثم التقويم البعدي بتطبيق القياس البعدي لقياس الفروق بين القياس القبلي والبعدي بعد انتهاء التجربة ورصد التغيرات الناجمة عن تطبيق البرنامج ومقارنة حالة الاكتئاب قبل وبعد الانتهاء من البرنامج ومن ثم ختام البرنامج وانتهاءه، وإجراء قياس تتبعي بعد أسبوعين من انتهاء البرنامج.

جلسات البرنامج:

تكون البرنامج المقترح من (13) جلسة إرشادية بواقع جلستين أسبوعياً (الملحق، ب) والجدول التالي يوضح ذلك:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	زمن الجلسة	مكان انعقاد الجلسة	ملاحظات
الأولى	التعارف	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
الثانية	التعرف على أعراض الاكتئاب	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
الثالثة	أثر التخيلات العقلية على المشاعر والسلوك.	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
الرابعة	التعرف على الفكرة اللاعقلانية وتفنيدها التي تقول: إنك تستطيع أن تصل إلى أقصى السعادة الإنسانية بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسك دون الالتزام بشي .	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
الخامسة	التعرف على الفكرة اللاعقلانية وتفنيدها التي تقول: إنك تستطيع وبسهولة تجنب كثير من المشاكل بدلا من تنظيم نفسك ومواجهتها.	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
السادسة	التعرف على الفكرة اللاعقلانية وتفنيدها التي تقول: إن ماضيك وأحداثه يبقى ماثل أمام عينيك وإذا حدث لك بالماضي أمر يبقى تأثيره طول عمرك.	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
السابعة	التخلص من آثار السكري النفسية أو التخفيف منها.	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
الثامنة	التدرب على أسلوب حل المشكلات	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
التاسعة	التدريب على وسائل التسلية	ساعة ونصف	نادي الشمال الرياضي	
العاشرة	إعادة البناء المعرفي	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
الحادية عشر	دور البصيرة في إعادة أو تضليل البناء المعرفي.	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	
الثانية عشر	التدريب على بعض المهارات السلوكية الفعالة الموجهة.	ساعة ونصف		
الثالثة عشر	الجلسة الختامية والتقييم.	ساعة ونصف	قاعة التدريب بمركز السكري	

صدق البرنامج الإرشادي:

قام الباحث بعرض البرنامج بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين اثنين من الأطباء النفسيين وتسعة محكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين(الملحق، ت) في علم النفس بهدف تحديد ملاءمة الأداة لإجراء الدراسة الحالية وإبداء الرأي في مدى الموافقة على كل محتوياتها وما يرونه من حذف أو تصويب لجلسات البرنامج التي تتطلب ذلك، وقد قام المحكمون بإجراء مجموعة من التعديلات مثل حذف بعض العبارات وتصحيح الأخطاء اللغوية والإملائية والتي قام الباحث بتعديلها في ضوء مقترحات المحكمين.

إجراءات الدراسة

للتوصل إلى نتائج الدراسة قام الباحث بالإجراءات التالية:

1- العودة إلى الأدب التربوي المتعلق بالاكتئاب وعلاقته بمرض السكري والبرامج الإرشادية والدراسات ذات الصلة لإعداد البرنامج الإرشادي وإثراء الإطار النظري.

2- الحصول على أعداد مجتمع الدراسة في ضوء كتاب تسهيل عمل الباحث من رئاسة جامعة اليرموك موجه إلى الجهات المعنية في المملكة العربية السعودية (الملحق، ث).

3- بناء أدوات الدراسة والتأكد من صدقها وثباتها وفقاً للإجراءات العلمية المتبعة في بناء الأدوات وحساب الصدق والثبات.

4- الاجتماع بالمشاركين بالدراسة من مرضى ومختصين في مركز السكري بمحافظة القريات لتوضيح هدف الدراسة، وإجراءاتها لهم.

5- تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية في الفترة الزمنية من 1434/4/15هـ - 1434/6/13هـ، ومن ثم تطبيق مقياس الاكتئاب.

6- تحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) واستخراج النتائج، ومن ثم مناقشتها وتفسيرها وكتابة التوصيات.

متغيرات الدراسة

أولاً- المتغير المستقل

البرنامج المعرفي السلوكي.

ثانياً- المتغير التابع:

الاكتئاب لدى مرضى السكري كما تعكسها درجاتهم على مقياس بيك الاكتئاب.

المعالجات الإحصائية

من أجل معالجة البيانات إحصائياً، تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية المحوسبة (SPSS) وتطبيق جميع الإجراءات الإحصائية المناسبة للخروج بنتائج الدراسة وقد كانت على النحو التالي: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستخراج التكافؤ بين المجموعات، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المرضى على مقياس بيك حسب متغير المجموعة، ثم تم استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب لأثر المجموعة على أداء المرضى على مقياس بيك. وقام الباحث بحسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت للبيانات المترابطة بين القياسين البعدي والتتبعي، وإجراء المعالجة باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" للتعرف إلى أثر نوع المرض على الاكتئاب في القياس البعدي.

الفصل الرابع

عرض النتائج

تضمن هذا الفصل عرضًا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة، وقد نظمت وفق منهجية محددة في العرض، حيث عرضت في ضوء أسئلتها، ويتمثل ذلك في عرض نص السؤال، يلي ذلك مباشرة الإشارة إلى نوع المعالجات الإحصائية المستخدمة، ثم جدولة البيانات، ووضعها تحت عناوين مناسبة، يلي ذلك تعليقات على أبرز النتائج المتحصلة، وهكذا يتم عرض النتائج المرتبطة بكل سؤال على حدة.

تكافؤ المجموعات: القياس القبلي لمقياس بيك للاكتئاب

للتحقق من تكافؤ المجموعات تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على القياس القبلي لمقياس بيك للاكتئاب تبعا لمتغير المجموعة (تجريبيــة، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (1)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعا لمتغير المجموعة على القياس القبلي لمقياس بيك للاكتئاب

	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
القبلي	تجريبية	12	17.58	8.24	.488	22	.631
	ضابطة	12	16.33	3.31			

يتبين من الجدول أعلاه عدم وجود فــروق ذات دلالـــة إحــصائية ($\alpha = 0.05$) فــي المتوسطات الحسابية للقياس القبلي لمقياس بيك للاكتئاب تبعا لمتغيــر المجموعــة (تجريبيــة

ضابطة)، حيث بلغت قيمة ت 0.488 وبدلالة إحصائية 0.631. وهذه النتيجة تشير إلى تكـــافؤ المجموعات.

السؤال الأول: " ما مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري الذكور في محافظـــة القريـــات بالمملكة العربية السعودية؟".

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية لمستوى انتشار الاكتئاب لـــدى عينة الدراسة الاستطلاعية، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (2)

التكرارات والنسب المئوية لمستوى انتشار الاكتئاب لدى عينة الدراسة الاستطلاعية

المستوى	التكرار	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية
معتدل	48	12.63	% 37.8
متوسط	64	19.64	%50.4
شديد	15	35.00	%11.8
المجموع	127	18.80	%100.0

يبين الجدول(2) أن عدد أفراد العينة الاستطلاعية التي طُبق عليها مقياس بيك للاكتئاب قد بلغ (127) مريضاً ذكراً، منهم (48) مريضاً يعانون من الاكتئاب بشكل معتدل وبنسبة تصل إلى (37.8%) من مجمل العينة الاستطلاعية حيث بلغ متوسطهم الحسابي (12.63) ، بينما يبلغ عدد الذين يعانون من الاكتئاب بدرجة متوسطة (64) فرداً بنسبة (50.4%) من مجمل العينة الاستطلاعية وبمتوسط حسابي بلغ (19.64). وقد بلغ عدد الذين يعانون من الاكتئاب الشديد (15) فرداً بنسبة تصل إلى (11.8%) من مجمل العينة الاستطلاعية وبمتوسط حسابي بلغ

(35.00). وبلغ المتوسط العام لمستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة (18.80) وهو متفق مع مقياس بيك الذي أشار فيه إلى أن هذه النسبة تمثل مستوى متوسط.

السؤال الثاني : "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من المرضى الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من المرضى الذين لم يتعرضوا للبرنامج الإرشادي على مقياس بيك للاكتئاب في القياس البعدي؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات الحسابية المعدلة لأداء المرضى على مقياس بيك للاكتئاب تبعا لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات الحسابية المعدلة لأداء المرضى على مقياس بيك للاكتئاب حسب متغير المجموعة

الفئات	القبلي		البعدي		المتوسط المعدل	العدد
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
تجريبية	17.58	8.24	9.33	10.65	8.71	12
ضابطة	16.33	3.31	16.67	4.44	16.30	12
Total	16.96	6.17	12.50	8.61	12.50	24

يبين الجدول (3) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياري والمتوسطات المعدلة لأداء المرضى على مقياس بيك للاكتئاب، بسبب اختلاف المجموع

(تجريبية، ضابطة). ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب جدول (4).

جدول (4)

تحليل التباين الأحادي المصاحب لأثر المجموعة على أداء المرضى على مقياس بيك للاكتئاب

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
القبلي (المصاحب)	876.439	1	876.439	31.360	.000	.599
المجموعة	341.926	1	341.926	12.235	.002	.368
الخطأ	586.894	21	27.947			
الكلي	1704.000	23				

يتبين من الجدول (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المجموعة حيث بلغت قيمة ف 31.360 وبدلالة إحصائية 0.000، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

ومن أجل الكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي تم إيجاد حجم الأثر من خلال إيجاد مربع ايتا (η^2) فكان (0.368)، وهذا يعني أن 36.8% يرجع للبرنامج الإرشادي، بينما المتبقي يرجع لعوامل أخرى غير متحكم بها.

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المرضى في المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهم على نفس المقياس في القياس التتبعي بعد مرور أسبوعين على انتهاء البرنامج الإرشادي؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى في المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي في القياسين البعدي والتتبعي، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت" للبيانات المترابطة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" للبيانات المترابطة بين القياسين البعدي والتتبعي

التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
البعدي	12	9.33	10.65	-2.244	11	.046
التتبعي	12	9.92	10.42			

يتبين من الجدول (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) في المتوسطات الحسابية بين القياسين البعدي والتتبعي، حيث بلغت قيمة ت 2.244 وبدلالة إحصائية 0.046. وجاءت الفروق لصالح القياس التتبعي.

وللمقارنة بين أفراد المجموعة التجريبية بحسب نوع المرض تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس بيك للاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي حسب نوع المرض (الأول، الثاني)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعا لنوع المرض على القياسين البعدي والتتبعي لمقياس بيك للاكتئاب

	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
البعدي	النوع الأول	4	13.00	18.51	.832	10	.425
	النوع الثاني	8	7.50	4.44			
التتبعي	النوع الأول	4	13.50	18.23	.830	10	.426
	النوع الثاني	8	8.13	4.16			

يتبين من الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لنوع المرض على القياسين البعدي والتتبعي لمقياس بيك للاكتئاب.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

يتضمن الفصل مناقشة للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة وفقا لأسئلة الدراسة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري الـــذكور في محافظة القريات بالمملكة العربية السعودية؟".

أظهرت النتائج المتعلقة بالسؤال الأول أن الاكتئاب منتشر بشكل واسع بين مرضى السكري في محافظة القريات، وأن المستوى المتوسط هو الأكثر شيوعاً، مما تكون له دلالة واضحة أن العلاقة بين مرض السكري ومرض الاكتئاب علاقة طردية، بحسب الظروف النفسية التي يمر فيها مريض السكري، نتيجة ثقافة المجتمع حول المرض، فالنظرة لمرض السكري نظرة سوداوية يعززها عدم الالتزام بتوجيهات الأطباء وأخصائي التغذية، فيتعرض المريض لمشاكل الكلى وضعف البصر، والعمليات الجراحية التي يكون لها الأثر البالغ حدوث اضطرابات المزاج. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العنزي (2009) التي بينت أن الأصحاء حصلوا على درجة متوسطة في الاكتئاب، حيث بلغت نسبة انتشاره لديهم 11.6%. وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ناصر وحبيب وحسن وخليل Nasser, Habib, Hasan & Khalil, 2009) التي بينت أن نسبة انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري في مملكة البحرين تبلغ (33.3%) مما يعني أنهم يعانون من اكتئاب مرتفع.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني والذي ينص على: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من المرضى الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من المرضى الذين لم يتعرضوا للبرنامج الإرشادي على مقياس بيك للاكتئاب في القياس البعدي؟"

أظهرت النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأثر البرنامج التدريبي في تخفيض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة (ف) 31.360 وبدلالة إحصائية (0.000) ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى فعالية الجلسات الإرشادية والنشاطات المتضمنة فيها، فقد كان من الواضح قبل تطبيق البرنامج أن المرضى يعانون من اضطرابات انفعالية أثرت عليهم من جانب انخفاض الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض والتذمر، وصعوبة التفكير إذ بدا على المريض حالة من الهم والحزن والانصراف عن الحياة، إلا أن تطبيق البرنامج زاد من المشاعر الايجابية لدى المرضى ومكنهم من تقبل قضاء الله وقدره، كما أن جلسات التواصل والتعريف بالمرض زادت من وعي المريض وقدرته على التعامل مع المرض كحالة معروفة له وخاصة بعد جلسة التعرف على أعراض الاكتئاب وأسبابه ومعرفة أن هناك الملايين من الأشخاص المصابين بنفس المرض ما زالوا على قيد الحياة يمارسون حياتهم بشكل طبيعي.

كما لاحظ الباحث أثناء التطبيق أن الجلسات العلاجية والنشاطات الترفيهية غيرت من الإيقاع المزاجي للمريض وقللت من تفكيره المشوه، وبالتالي تناقصت مشاعر الإحساس بالاكتئاب لديه كون البيئة المحيطة به أصبحت اقل تهديداً ومليئة بالنشاطات والنقاشات وتفريغ المشاعر السلبية وتحسين التخيلات العقلية والانفعالية، وخصوصاً ما لاحظه الباحث بعد تطبيق الجلسة الرابعة والتي تضمنت نشاطات مكّنت المرضى في المجموعة التجريبية من تغيير

أفكارهم اللاعقلانية عن المرض وبالتالي بدأ الجميع في نهاية الجلسة بإطلاق النكات والمشاركة بالمرح والمزاج والتفاعل الايجابي.

ويرى الباحث أن فعالية البرنامج المعرفي السلوكي الذي تم تطبيقه ظهرت أيضا في أنه ركز على بناء المهارات وليس على خفض الاكتئاب فقط؛ فالمرضى تعاملوا بفعالية أكبر مع أفكارهم وسلوكاتهم غير المنطقية من خلال التدريبات المعرفية والسلوكية التي قدمها البرنامج. ومثال ذلك: تغيير سلوكيات المريض في تجنب المشاكل وإحلال عمليتي التنظيم والمواجهة لها. وهذا ما يؤكده (بيك Beck) على ضرورة أن يتبع العلاج المعرفي وإجراءاته تدخلا سلوكيا وذلك لأن المكتئبين غير قادرين في البداية على الانخراط في المهام المعرفية دون تدريب سلوكي.

وتمثل ذلك في استراتيجيات لعب الأدوار والمناقشة والتنظيم والنشاطات الترفيهية وسرد القصص التي توفرت في جميع جلسات البرنامج وهذا يتفق مع ما أشار إليه (Bellack, Herse & Kazolin, 1982) . حيث أشاروا أن المعالج يركز على تغيير الأفكار حول الاكتئاب بعد تحسين النتاجات السلوكية للمريض، وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة بيتراك وهاوتزينجر وكرونفلد وركيس وهيربيرتس وموللرز (Hufzinger, Plack, Kronfeld، Ruckes, Herpertz & Muller, 2010). والتي بينت فعالية البرنامج المعرفية السلوكي في تخفيض حدة الاكتئاب لدى كبار السن المصابين بالسكري حيث تحسنت استراتيجياتهم في التعامل مع المرض وإدارة العلاج كما تتفق هذه النتيجة ايضا مع نتيجة دراسة (رضوان 2008) التي وضحت وجود أثر دال للبرنامج المعرفي السلوكي في تخفيض الضغوط النفسي على المرضى كتقلبات المزاج والنظر إلى الحياة من جانب تقبل الواقع.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث والذي ينص على: " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) بين متوسطات درجات المرضى في المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهم على نفس المقياس في القياس التتبعي بعد مرور أسبوعين على انتهاء البرنامج الإرشادي؟"

أظهرت النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي حيث بلغت قيمة ت (2.244) وبدلالة إحصائية 0.046 ولصالح القياس التتبعي.

وتبدو هذه النتيجة مبررة إذ أن تخفيض الاكتئاب لدى المرضى مكنهم من التعامل مع حياتهم بإيجابية، كما أن التواصل فيما بينهم حقق لهم التكيف النفسي والاجتماعي وأزال التوتر وصحح مفاهيمهم الخاطئة عن المرض وعن العلاج مما أدى إلى ثبات وتحسن القدرة على التأقلم وبالتالي استمر أثر البرنامج العلاجي كما أن متابعة الباحث الحثيثة سواء أثناء الجلسات أو من خلال الاتصالات الهاتفية كانت من أسباب انخفاض الاكتئاب بسبب دفء العلاقة بين المعالج والمريض الذي أصبح يتلقى دعما نفسياً واجتماعياً متواصلين ويتفق ذلك مع ما أشار إليه لاين وماكريللي والتو (Lynna, Mccarely & Alto, 2007). بأن ايجابية العلاقة بين المعالج والمريض تؤدي إلى دفء العلاقة وتشعر المريض بالتزام أخلاقي لمتابعة النشاطات وتنفيذ توصيات وإرشادات المعالج النفسي حتى بعد انتهاء البرنامج وهذا ما كان يركز عليه الباحث في الجلسة الختامية التي أوصى المرضى فيها ضرورة إعادة تطبيق نشاطات البرنامج في المنزل ونقلها إلى المرضى الآخرين والتواصل معهم بشكل مستمر وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كارلسن ودريدال وروكن وبرو (Karlsen, Dirrdal, Roken & Bru, 2004).

التي بينت وجود أثر دال للقياس التتبعي بعد مرور ستة شهور علـــى تخفـيض حـــدة الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري في هولندا وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتائج الدراسات العربية التي أجريت قياسات تتبعية ومنها دراسة (مجدي، 2009).

إلا أن الإجراء التتبعي الذي تميزت به هذه الدراسة قيام الباحث بتمكين المـرض مـــن إجراء بعض التمارين والنشاطات الرياضية المناسبة لأعمارهم، ومن ثم الحصول علـــى دعـــم وتبرع أحد النوادي الرياضية لممارسة الرياضة فيه خلال البرنامج، والالتحاق بالنادي رســـمياً بعد انتهاء البرنامج وهو ما قام به المرضى والتزموا به ويرى الباحث أن هذا الإجراء كان لـــه عدد كبير من الفوائد من أولها تحسين الحالة الجسدية للمريض، وتحسين نفسيته من خلال إدامة التواصل مع باقي المرضى، وإشعار جميع المرضى بأن هناك من يدعمهم بالتبرع كالنادي وأن هناك من يدعمهم بالتواصل والمتابعة والنصيحة كما هو الحالة بالنسبة للباحث.

وحول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بنـــوعي الـــسكري، يـــرى الباحث أن طبيعة النشاطات المتضمنة في البرنامج وازنت بين مختلف أنواع الحالات المرضية للمرضى المشاركين، حيث شارك الجميع في البرنامج بفعالية وايجابية كونهم هم من اختــــارو الانضمام للمجموعة التجريبية وبالتالي استطاع البرنامج المعرفي السلوكي أن يخفض من حـــد السلوك الاكتئابي لديهم. وتجدر الإشارة إلى أن هناك (3) أشخاص انسحبوا من الدراسة لأسباب شخصية تعود لهم أنفسهم، وهي عدم توفر الوقت الكافي لديهم للمشاركة، وبسبب ثقافة العيب لدى البعض منهم وخصوصاً فيما يتعلق بكشف الذات أمام الآخرين. كما أن احد المـــشاركين - وهو من أفراد المجموعة التجريبية- لم يستفد من البرنامج بشكل كلي، بسبب ارتفاع مـــستوى الاكتئاب لديه، إلا انه بقي على تواصل مع مجموعته وشارك في بعض الزيارات إلى النـــادي الرياضي على أمل الاستفادة من التواصل مع الباحث مستقبلاً.

التوصيات:

بناء على النتائج السابقة يوصي الباحث بالآتي:

1. دعوة وزارة الصحة والمراكز الإرشادية في المملكة العربية السعودية إلى تبني البرنامج العلاجي المقترح في الدراسة لثبات فعالية في تخفيض مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري.
2. الدعوة إلى إجراء دورات تدريبية متخصصة في العلاج المعرفي السلوكي والاستفادة من الخبرات العربية والعالمية في تدريب المرشدين النفسيين بالمملكة العربية السعودية.
3. إنشاء جمعية أو هيئة خيرية لمرضى السكري لدعمهم اجتماعيا ونفسيا وماديا وطبياً.
4. إجراء المزيد من الدراسات والبحوث على برامج العلاج المعرفي السلوكي ضمن متغيرات أخرى وعلى عينات أخرى من المرضى في المجتمع السعودي.

المراجع

أ- المراجع العربية

أباظة، آمال .(2001). **الصحة النفسية**. القاهرة : المكتبة الأنجلو المصرية.

إبراهيم،عبد الستار.(2002). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث(الطبعة الثانية)**.القاهرة : دار الفجر.

أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف، والغرير، أحمد نايل. (2009). **التشخيص والتقييم في الإرشاد**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع،.

أبو فايد، ريم محمود. (2010). **فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية- غزة.

أبوعبادة، صالح بن عبد الله و نيازي، عبد المجيد .(2001). **الإرشاد النفسي**. الرياض: مكتبة العبيكان.

جبل، فوزي محمد. (2000). **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

حسين، عبد العزيز. (2008). **العلاقة بين الاكتئاب بمقياس بيك والحالات الانفعالية بمقياس الانفعالات الفارق لدى عينة سعودية**. الندوة الإقليمية لعلم النفس، كلية التربية جامعة الملك سعود.

الحميد، محمد سعد. (2007). **السكري، أسبابه، مضاعفاته، علاجه**. الرياض: جامعة الملك سعود.

الخطيب، محمد وسرحان، احمد و حباشنة، سمير.(2001). **الاكتئاب**. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

الخفش، سامح وديع. (2011). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: دار الفكر العربي.

رضوان، عبد الكريم. (2002). **القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

رضوان، عبد الكريم. (2008). **فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة**. أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

زهران، حامد .(1997). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة: عالم الكتب الحديثة.

زهران، حامد. (2002). **التوجيه والإرشاد النفسي**.القاهرة: عالم الكتب.

زهران، حامد.(2005). **الصحة النفسية والعلاج النفسي (الطبعة الثالثة)**. القاهرة: عالم الكتب

زيو، مصطفى. (2002). **محاضرة في الاكتئاب النفسي**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

السماك، أمينة، ومصطفى، عادل. (2001). **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية**(مترجم) الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.

سمرين، اريج. (2012). **فعالية برنامج علاجي سلوكي- معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى عينة من ضحايا التعذيب من العراقيين المقيمين في الأردن**. علم النفس الكلينيكي، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

الشربيني، لطفي. (2001). **الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج**. بيروت : دار النهضة العربية.

الشريف، بسمة عيد. (2006). **أثر برنامج توجيه جمعي لتعديل التشويهات المعرفية في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف لدى طالبات المرحلتين الأساسية والثانوي. أطروحة** دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

الشناوي، محمد محروس. (1994).نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

الضميري، هبة حسن. (2012). **تأثير تمرينات الأكوايروبيك على بعض المتغيرات الجسمية والبدنية والفسيولوجية لدى المصابات بمرض السكري بالأردن** .رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

عبد الخالق احمد محمد. (1996). **دليل تعليمات قائمة " بيك" للاكتئاب** . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

عبد الفتاح، نيرة عز الدين .(2004). **مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تخفيض القلق والاكتئاب والخوف من الموت لدى عينة من الأطفال مرضى القلب.** أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس القاهرة.

عبد الكريم، احمد، وخطاب محمد. (2010). **الإرشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية للأطفال والمراهقين. عمان:** دار الثقافة للنشر والتوزيع.

عبده، عبير عبد الرزاق. (2010). **أثر برنامج معرفي سلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي، وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن.** أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

عبيد، ماجدة بهاء الدين. (2008). الضغط **النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية** عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

عسكر، عبد الله. (1988). **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

عكاشة، احمد. (1998). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة. الأنجلو المصرية.

علاء الدين، جهاد، وعبد الرحمن، عز الدين، عبد الرحمن. (2011). فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان. **المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 7(4)**: 371–397 .

العنزي، محمد حران. (2009). **الكشف عن الاكتئاب لدى كل من مرضى السكري والأصحاء ومعرفة الفرق في الاكتئاب لدى كل منهم في ضوء مجموعة من المتغيرات تشمل الجنس والعمر والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد.

العيسوي، عبد الرحمن. (1997). **الاضطرابات النفسجسمية**. بيروت: دار الراتب الجامعية.

غريب عبد الفتاح غريب .(1987). دراسة تحليلية للعلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات مصرية. **مجلة الصحة النفسية. الجمعية المصرية للصحة النفسية**، **28**(3): 33 – 78.

غريب، عبد الفتاح غريب .(2000). **البناء العاملي لمقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II على عينة مصرية من طلاب الجامعة**. دراسات نفسية. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية . المجلد العاشر – العدد 3 .

الفرع، كاملة فهيم .(1989). **مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لدى مرضى القلب والسرطان**. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.

الفرماوي، حمدي. (1996). **البناء النفسي للإنسان**. القاهرة: زهرة الشرق.

القرالة، عبد الناصر موسى. (2007). **بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي وقياس أثره في التخفيف عن القلق والاكتئاب لدى والدي الأطفال المصابين بالسرطان.** أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

قريشي، فيصل. (2009). **العلاج العقلاني الانفعالي.** أكاديمية علم النفس، المنتدى التعليمي. استرجع بتاريخ 2012/12/6 من: http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t-612

الكحيمي، وجدان وحمام، فادية ومصطفى، علي. (2003). **الصحة النفسية للطفل والمراهق.** الرياض: مكتبة الرشد ناشرون.

مجدي، حنان. (2009). **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، كلية التربية، مصر.

منظمة الصحة. (1999). المرشد في الطب النفسي، الإسكندرية: أكاديميا.

الميلادي، عبد المنعم. (2004). **الأمراض والاضطرابات النفسية الإسكندرية.** مؤسسة شباب الجامعة.

نداء، يوسف حسن. (2007). **أطعمة ونصائح مهمة لمريض السكر.** الرياض: مكتبة العبيكان.

هلال، أحمد محمد. (1998). **برنامج لتعديل بعض الخصائص النفسية لدى المراهقين مرضى السكر.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

الوكيل، سيد أحمد .(2010). فاعلية استخدام بعض فنيات علم النفس الايجابي في تحسين مستوى التوافق النفسي لدى عينة من مرضى السكر. **مجلة كلية التربية: بور سعيد، 2**(7): 22-67.

يونس، إبراهيم. (2004). **المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكري وتأثيرها على جودة الحياة.** رسالة ماجستير، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة، فلسطين.

ب- المراجع الأجنبية

American Psychiatric Association,(2006). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th ed).** Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** NY: Fourth Edition. Text Revision.

American Medical Society (2010). **Key Concepts: Quality of life** (QOL). (on line) Available: http: // www. Atsqol . org / key . / htm

Anthony, P., & Aquarelle, M. (2001). Cognitive behavior intervention for distressed adolescents with type 1 diabetes. **Journal of Pediatric Psychology, 26**(1): 61-66.

Attaria, A., Mahnaz, S., Massoud, A., & Haghighim, S. (2006). Effects of Stress Management training on Glycemic Control in Patients in Type1 diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice, 74**(3): 227-232

Barnett, D. M., & Krall, L. P. (2005). The history of diabetes. In Kahn, C. Ronald., Weir, Gordon. C., King, George. L., Moses, Alan. C., Smith, Robert. J., & Jacobson, Alan. M. (Eds.), Joslin's Diabetes Mellitus (14th) Edition (pp. 1-16). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Basco, R., & Rush, J. (1996). **Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder**. New York, NY: Guilford Press.

Bastelaar, K., Pouwer, F., Cuijpers, P., Twisk, J., & Snoek, F. (2008). Web-based cognitive behavioral therapy (W-CBT) for diabetes patients with co-morbid Depression: Design of a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry ,8**(9): 2-12.

Beach, D. (1989). **Abnormal Psychology, 2nd Ed.** CA: Brooks Cole, pacific.

Beck, A, T; Rush, A, T; Shaw, B, G & Emry, G. (1979). **Cognitive therapy of Depression.** New York: the Guilford press.

Beck, A, T; Steer, R, A and Brown, G,K. (1988). **Manual for Beck Depression Inventory- II.** San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. (1967). **Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects**. New York: Harper & Row.

Beck, A.(1991). Cognitive therapy. A 30 year retrospective. **American Psychologist, 61**(3):194-198.

Beck, A., & Emery, G. (1985). **Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive perspective.** Basic Books: New York.

Beck, A., & Judits, E. (1995). **Cognitive therapy: Basics and Beyond.** New York: Guilford Press.

Bellack, A., Herse, S., & Kazolin E. (1982) **International of Behavior Modification and Therapy**. New York: Guilford Press.

Bulmash, E; Horkenss, K; Stewart, J and Bagby, M. (2009). Personality, Stressful Life Events and Treatment Response in Major Depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 77(6): 1067-1077.

Burns, D. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in Cognitive behavioral therapy: A structural equation model. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 60 (3): 441-449.

Burns, D. (1980). **Feeling Good: The New Mood Therapy**. NJ: Penguim Books.

Butler, C., Chapman, E., Forman, M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. **Clinical Psychology Review,26**(4): 17–31.

Capuzzi, D., & Gross, R. (1999). **Counseling and Psychotherapy: Theories and Intervention.** London.: Prentice Hall International (UK)

Carroll, K. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. **Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4**(2): 46-54.

Christensen, J. (1999). **Cognitive- behavioral therapy**. NY: The Free Press

Clayton, E., & Ladd, T. (2000). **Psychological self-help**. NY: Mental Health Net Press.

Corey, G. (2005). **Theory and practice of Counseling and Psychotherapy**. NJ: Brooks Publishing.

Craigie, A., & Nathan, P. (2009). A nonrandomized effectiveness comparison of broad spectrum group CBT to individual CBT for depressed outpatients in a community mental health setting. **Behavior Therapy, 40** (3): 302–314.

Dattilio, M., & Freeman, A.(2000). **Cognitive – behavioral strategies in Crisis Intervention (2nd ed).** New York: Guilford press.

Egede, L. (2006),Disease-focused or integrated treatment: diabetes and depression, **Med. Clin. North Am. 90** (4): 627–646.

Ellen, R. (1999). Cognitive distortion and functional impairment in patients undergoing cardiac rehabilitation. **Cognitive Therapy and Research, 23(2):** 159 – 168.

Hiwel, C., Band, R., Chang, M., Chu, R., & Chou, Q. (2006). The evaluation of cognitive behavioral group therapy on patient Depression and self esteem. **Archives of Psychiatric Nursing. 20**(1): 3-11.

IDF Clinical Guidelines Task Force. (2005). **Global guideline for Type 2 Diabetes .** Brussels: International Diabetes Federation.

Karlsen, B., Dirdal, I., Rokne, H., & Bru, E. (2004). Effects of group based counseling program on diabetes related stress. **Patient Education and Counseling, 53**(3): 299-308.

Knol, J.,Twisk, A., Beekman, R., Heine, J., & Snoek, F. (2006). Power, Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. **A meta-analysis, Diabetologia 49** (5): 837–845.

Leseman, J; Petitto, J; Golden, N; Gaynes, D; Parkins, J; folds and Evans, L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, groping and crystal on progression to diabetes. **Am J psychology, 157**(2): 1221-1228.

Ludman, W. (2004). Depression and diabetes symptom burden. **Gen. Hosp. Psychiatry. 26** (6) 430–436.

Lynne, C., Mccarley,T., & Aalto, W. (2007). Cognitive therapy for low self-esteem in the treatment of depression in an older adult. **Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 35**(3):365-369.

Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. **Annual Review of Clinical Psychology, 1**(1): 167–195.

Mehmet, E. (2008). Efficacy of a problem solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. **Journal of Cognitive Therapy and Research,** 32(2): 227-245.

Mezuk B., & Eaton W. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. **Diabetes Care, 31** (12): 2383-2390.

Miller, W., & Seligman, M. (1983). Depression and the perception of reinforcement. **Journal of Abnormal Psychology, 82** (1):62-73.

Nasser, J., Habib, F., Hasan, M., & Khalil, N. (2009). Prevalence of depression among people with diabetes attending diabetes Clinics at primary Health settings. **Bahrain Medical Bulletin, 31**(3): 1-12.

Ottoman, D. (1998). The funds, friends, and faith of happy people. **American Psychologist. 55**(2): 56-67.

Paula, M., Zucker, N., & McCaskill, C. (2001). The marital relationship and psychosocial adaptation and Glycemic control of individuals with diabetes. **Diabetes Care Journal, 24**(1):384-389.

Petrak, F., Hautzinger, M., Plack, K., Kronfeld, K., Ruckes, C., Herpertz,S., & Muller, M. (2010). Cognitive behavioral therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression: study protocol of a randomized controlled trial (MIND-DIA). **BMC Geriatrics Journal, 10**(21): 2-9.

Phillips, J. (2004). An evaluation of school based cognitive behavioral social skills training groups with adolescents at risk for depression. **Dissertation Abstracts International**,65(11): 68 – 79.

Pibernik, M., Anderson, R., & Okanovic, O. (2004). Effects of an empowerment based on metabolic control in type2 diabetic patients. **Patient Education and Counseling, 52**(2): 193-199.

Pouwer, F., & Snoek, F. (2001). Association between symptoms of depression and Glycemic control may be unstable across gender. **Journal of diabetes-United Kingdom, 18**(7): 22-69.

Tean, M .(2003). group cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder treatment outcome and Long, Term Follow-up. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,71** (4) :821-825

Ustun, T., & Chatterji, C. (2004). Murray, Global burden of depressive disorders in the year 2000, **Br. J. Psychiatry, 184** (4): 386–392.

Wang, P. (2008). A systematic review of the efficacy of non-pharmacological treatments for depression on glycogenic control in type 2 diabetics, **J.Clin. Nurs. 17** (19): 2524–2530.

Zahid, S., Asghar, B., & Claussen, A. Depression. (2008). and diabetes in a rural community in Pakistan, **Diabetes Res. Clin. Pract. 79** (1):124–127.

World Health Organization. (n.d). **Depression.** Retrieved on September, 19, 2012, from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.

ملحق (أ)

مقياس بيك الاكتئاب

مقياس B.D.I

الاسم: تاريخ الميلاد: / / هـ

المستوى التعليمي: تاريخ اليوم: / / 1434هـ

المهنة: طالب موظف

التشخيص:

إخوتي الكرام/ يحتوي هذا الاستبيان على (21) مجموعة أرجو قراءة عبارات كل مجموعة بانتباه تام، ثم اختر واحدة من عبارات كل مجموعة والتي تشعر بأنها تصف مشاعركم وأحاسيسكم خلال الأسبوع الماضي بما فيه هذا اليوم.

ضع إشارة في الدائرة قبل العبارة التي اخترتها في كل مجموعة

ولكم جزيل الشكر والتقدير

المجموعة الأولى	o لا أشعر بالحزن. o أشعر بالحزن. o أنا حزين طوال الوقت ولا استطيع الخروج من هذه الحالة. o أنا حزين جداً أو غير سعيد لدرجة أني لا أستطيع تحمل هذه الحالة.
المجموعة الثانية	o لا أشعر بأن عزيمتي ضعيفة تجاه المستقبل. o أشعر بأن عزيمتي ضعيفة تجاه المستقبل. o أشعر أنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل. o أشعر بأن المستقبل ميئوس منه ولا سبيل إلى أن تتحسن الأمور.
المجموعة الثالثة	o لا أشعر بالفشل. o أشعر أنني واجهت من الفشل أكثر مما يواجهه الشخص العادي. o عندما استرجع حياتي الماضية، فكل ما أره هو الكثير من الفشل. o أشعر أنني شخص فاشل تماماً.
المجموعة الرابعة	o لا أزال استمتع بالأشياء كما كنت من قبل. o لا أستمع بالأشياء كما كنت من قبل. o لم اعد أعد أجد متعة حقيقية في أي شيء بعد. أشعر بالرضا والملل من كل شيء من حولي.
المجموعة الخامسة	o لا أشعر بالذنب بوجه خاص o أشعر بالذنب لفترات طويلة من الوقت. o ينتابني الشعور بالذنب تماما معظم الوقت. أشعر بالذنب طوال الوقت.
المجموعة السادسة	o لا أشعر أن عقاباً يحل بي الآن. o أشعر وكأن عقاباً قد يحل بي. o أتوقع أن يحل بي عقاب. o أشعر أن عقاباً يحل بي الآن.

المجموعة السابعة	o لا أشعر بأن أملي قد خاب في نفسي. o أشعر بان أملي قد خاب في نفسي. o أشعر بالاشمئزاز من نفسي. o أكره نفسي.
المجموعة الثامنة	o لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر. o انتقد نفسي على نقاط ضعفي وأخطائي. o ألوم نفسي طوال الوقت على أخطائي. o ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث لي.
المجموعة التاسعة	o لا تراودني أي أفكار للتخلص من حياتي. o تنتابين أفكار للتخلص من حياتي ولكني لن أنفذها. o أرغب في قتل نفسي. o لو أتيحت لي الفرصة للانتحار فسوف أفعل ذلك.
المجموعة العاشرة	o لا أبكي أكثر من المعتاد. o ابكي الآن أكثر مما تعودت. o أبكي الآن طوال الوقت. o تعودت أن أكون قادراً على البكاء، أما الآن فلا استطيع حتى لو أردت ذلك.
المجموعة الحادية عشر	o لست مستثاراً (عصبياً) الآن أكثر مما كنت دائماً. o أصبح منزعجاً أو مستثاراً بسهولة أكثر مما كنت معتاداً. o أشهر بأني مستثار الآن طوال الوقت. o لا تثيرني بالمرة الأشياء التي تعودت أن تثيرني.
المجموعة الثانية عشر	o لم أفقد الاهتمام بالآخرين. o أشعر باني قليل الاهتمام بالآخرين بالمقارنة بما كنت في حياتي الماضية. o فقدت معظم اهتمامي بالآخرين. o فقدت كل اهتمامي بالآخرين.

المجموعة الثالثة عشر	o اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت أصدرها بها. o أقوم بتأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما تعودت. o أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات أكبر مما كنت أجد من قبل. o لم تعد لدي القدرة على اتخاذ القرارات.
المجموعة الرابعة عشر	o لا أشعر أنني أبدو أسوأ مما كنت. o لدي شعور بأني أبدو أكبر سناً وأقل جاذبية. o أشعر أن هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب. o اعتقد أنني أبدو قبيحاً.
المجموعة الخامسة عشر	o استطيع أن أعمل بنفس الكفاءة التي عملت بها من قبل. o أشعر أن البدء في عمل أي شيء يتطلب كثيراً من الجهد. o أضطر للضغط على نفسي بشدة كي أعمل أي شيء. o لا استطيع القيام بأي عمل على وجه الإطلاق.
المجموعة السادسة عشر	o استطيع النوم بشكل جيد كما تعودت. o لا أنام جيداً كما كنت أنام من قبل o استيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد، ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم.
المجموعة السابعة عشر	o لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد. o أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت. o أصبح التعب يدركني بسبب القيام بأي عمل تقريباً. o أشعر بالإرهاق حتى إنني لا استطيع القيام بأي عمل.
المجموعة الثامنة عشر	o شهيتي للطعام ليست أسوأ من المعتاد. o لم تعد شهيتي طيبة كما كانت من قبل. o شهيتي الآن أسوأ مما كانت بكثير. o لم يعد لي شهية على الإطلاق.

المجموعة التاسعة عشر	○ لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً. ○ نقص وزني أكثر من 2 كيلوجرام. ○ نقص وزني الثر من 5 كيلوجرام. ○ نقص وزني أكثر من 7 كيلوجرام ○ أتعمد إنقاص وزني للمحافظة على رشاقتي ( ) نعم ( )لا
المجموعة العشرون	○ لست منشغل البال على صحتي أكثر من المعتاد. ○ تشغل بالي مشاكل صحية مثل بعض الأوجاع أو الآلام أو اضطراب المعدة أو الإمساك. ○ أشعر بأن بالي مشغول كثيراً حول مشكلاتي الصحية وأجد صعوبة علي أن أفكر في أي شيء آخر. ○ أشعر بأن بالي مشغول كثيراً حول مشكلاتي الصحية لدرجة أنني لا استطيع التفكير في أي شيء آخر.
المجموعة الحادية والعشرون	○ لم ألاحظ أية تغير في اهتمامي بالجنس الآخر في الفترة الأخيرة. ○ أصبح اهتمامي بالجنس الآن بشكل كبير. ○ إنني أقل اهتماماً بالجنس الآن بشكل كبير. ○ فقدت الاهتمام بالجنس تماماً في الوقت الحاضر.

ملحق (ب)

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

برنامج معرفي سلوكي لتخفيض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري بمحافظة القريات

إعـــداد

عبد الرحمن عبيد العازمي

إشـــراف

الدكتور قاسم سمور

2013/2012

الجلسة الأولى

المجال: التعارف

الأهداف

1- أن يتعرف المشاركون على بعضهم بعضاً

2- أن يتعرف المشاركون على البرنامج وأهدافه ومحتوياته وأساليبه وطرق تنفيذه.

3- أن يتفق المشاركون مع المرشد على صياغة أنظمة وتعليمات للتعامل داخل المجموعة ويتم الالتزام بها.

طريقة التنفيذ: الحوار، والمناقشة، وطرح الأسئلة، التعزيز الموجب، القصة.

محتوى الجلسة:

يرحب المرشد بالمشاركين ويعرفهم بنفسه ومهنته، ويطلب منهم التعريف بأنفسهم ويطلب من كل شخص أن يحفظ اسم الشخص الذي بجواره، ثم يعرفهم بالبرنامج وعدد جلساته والأماكن التي يتم فيها تنفيذ الجلسات، وأن البرنامج عبارة عن جلستين في الأسبوع (الأثنين، والأربعاء). وكل جلسة تستغرق ساعة ونصف. ثم يوصي بأهمية البرنامج ومدى الالتزام به.

النشاط رقم (1).

يطلب المرشد من المشاركين الإجابة على السؤال الآتي:

1- مالذي تتوقعون الحصول عليه بعد الانتهاء من البرنامج؟

ثم يقوم المرشد بتعزيز الاجابات الصحيحة، وفي المقابل يعدل الإجابات الخاطئة وتوضيحها.

النشاط رقم (2).

يطلب المرشد من المشاركين سرد بعض القصص التي سمعوها عن مخاطر مرض الاكتئاب ثم يبين لهم أن التفكير بالمرض أشد من المرض نفسه، وأن العلاج المعرفي السلوكي أثبت أنه الحل الأفضل لحلول مشكلات الاكتئاب والتفكير السلبي.

وأخيرا يذكر المرشد المشاركين بأن أي عمل جماعي لابد أن تحكمه معايير وشروط وقوانين، لتجنب أي خلافات مستقبلية بإذن الله، وأنه من المهم الاطلاع على عقد الاتفاق والتوقيع عليه، ثم يكرر المرشد شكره وتقديره للمشاركين على حضورهم وتفاعلهم الايجابي، ويذكرهم بموعد الجلسة القادمة ويختم الجلسة.

نموذج عقد الاتفاق

الاسم: العمر:

يهدف هذا العقد إلى تنظيم عمل الجماعة، وقد تم الاتفاق بين المرشد والمشاركين في البرنامج على ضرورة الالتزام بالشروط التالية:

1- حضور الجلسات في المواعيد المحددة
2- الحفاظ على السرية التامة لما يدور داخل الجلسات
3- الاحترام المتبادل
4- الحرص على الاستفادة من البرنامج

أوافق أنا المسترشد/ .... على ما تم الاتفاق عليه مع الأعضاء المشاركين في البرنامج والمرشد، وعلى ذلك أوقع ....

الجلسة الثانية

المجال: التعرف على أعراض الاكتئاب

الأهداف :

1- أن يتعرف المشاركون في البرنامج على مفهوم الاكتئاب وتأثيره النفسي في المستقبل.

2- أن يتعرف المشاركون في البرنامج على دور الأعراض الاكتئابية في فقدان اللذة بالحياة.

3- أن يناقش المشاركون في البرنامج العوامل التي يمكن أن تساهم في تطوير الاكتئاب وعلاقة هذه العوامل بمرض السكري.

طريقة التنفيذ: الشرح، الحوار، المناقشة، التعزيز الموجب.

محتوى الجلسة:

يرحب المرشد بالمشاركين في البرنامج ثم يعرّف المرشد الاكتئاب، ويوضح مدى خطورته وتأثيره النفسي، والتعريف بأعراضه، وتوضيح العوامل التي ربما أنها تكون أحد الأسباب في مرض الاكتئاب وعلاقة هذه العوامل في ارتفاع نسبة السكر بالدم.

النشاط رقم (1)

يحضر المرشد مجسم لعبة الهرم 1+1 = 3، لاستثارة التفكير لدى المشاركين في البرنامج والاستمتاع بالأنشطة والإحساس بقيمتها. ثم يقدم المرشد هدية رمزية لمن يستطيع تركيب قطعتي الهرم. وهي بطاقة اتصالات مسبوقة الدفع.

النشاط رقم (2)

يشرح المرشد العوامل التي يمكن أن تسبب الحزن والاكتئاب وأن الاكتئاب هو نتيجة لأحد الأسباب الآتية :

1- عوامل وراثية مثل دور العوامل البيولوجية في الجسم ، ووراثة بعض الجينات أو الاستجابة لبعض أنواع الادوية المضادة للاكتئاب

2- عوامل بيئية تسببها مواقف الحياة المختلفة سواءً كانت هذه العوامل أسرية أو اجتماعية أو صحية أو اقتصادية.

3- التفكير المشوه.

ثم يطلب المرشد من المشاركين في البرنامج أن يشاركوا في أي نشاط ترفيهي أو رياضي، أو اجتماعي، لكي يتحدثوا عن التغيرات المزاجية الايجابية التي حدثت لهم بعد القيام بالنشاط.

ويختم المرشد الجلسة على أمل اللقاء في موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة

المجال: أثر التخيلات العقلية على المشاعر والسلوك.

الأهداف:

1- أن يعرف المشاركون في البرنامج أن هذه التخيلات وسائل مثيرة للمشاعر.
2- أن يشعر المشاركون في البرنامج نفسه بشعور سلبي وغير ملائم كرد فعل لموقف معين.
3- أن يعكس المشاركون في البرنامج هذه المشاعر ويندم عليها ويعزم على تغيير هذا السلوك

طريقة التنفيذ: الحوار، والأسئلة، لعب الدور.

المحتوى: يرحب المرشد بالمشاركين ويستقبلهم بروح الدعابة والابتسامة، ثم يناقشهم عن الواجب البيتي في الجلسة السابقة. مانوع الأنشطة التي قام بها المشاركون في البرنامج؟ وماهي أه التغيرات التي سجلوها بعد القيام بالنشاط؟ وهل سيقومون بتكرار هكذا نشاط في فرص قادمة؟ ث يبين المرشد دور الأنشطة في الحياة على الصحة النفسية واللياقة البدنية، والتفاعل الاجتماعي ودور ارتباط الأنشطة بالذكريات.

النشاط رقم (1).

يطلب المرشد من المشاركين في البرنامج أن يتخيلوا الحياة بدون أنشطة، وكيف يسودها الجمود والنمطية؟. ويستمع للإجابات ويترك الحرية للمشاركين في البرنامج بالنقاش والحوار والتفاعل فيما بينهم.

وبعد ذلك يقول المرشد دعونا نقارن بين الأشخاص الرياضيين وغير الرياضيين من حيث الصحة والتحمّل والمظهر العام.

النشاط رقم (2).

يوزع المرشد ورقة بيضاء على كل مشارك في البرنامج ويطلب منه تسجيل مشاعره السلبية حول موقف معين مر عليه بالماضي، وبعد الانتهاء من تسجيل المشاعر السلبية يغلق كل مشارك الورقة. ثم يجمع المرشد الإجابات ويقوم بوضعها في صندوق، ويعيدها مرة أخرى للمشاركين في البرنامج بطريقة عشوائية، ويجعل كل مشارك يقرأ الورقة التي بيده، وعضو آخر يقوم بعكس هذه المشاعر السلبية إلى مشاعر إيجابية ويعزز المرشد الإجابات الصحيحة ويصوب الإجابات الخاطئة.

وأخيراً يعطي المرشد المشاركين في البرنامج الواجب البيتي بأن يقوم كل مشارك بتدريب نفسه على التخيلات العقلية الإيجابية حول الاستفادة من برنامج خفض الاكتئاب، ثم يدون المشاعر الإيجابية التي يشعر بها. ثم يذكر الأعضاء بموعد الجلسة القادمة وينهي الجلسة بالثناء على الجميع.

الجلسة الرابعة

المجال: التعرف على الفكرة اللاعقلانية وتفنيدها التي تقول: انك تستطيع أن تصل إلى أقصى السعادة الإنسانية بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسك دون الالتزام بشيء .

الأهداف :

1- أن يتعرف المشاركون في البرنامج على مفهوم هذه الفكرة اللاعقلانية.

2- أن يناقش المشاركون في البرنامج الأسباب التي تجعل هذه الفكرة لاعقلانية ، وكذلك النتائج التابعة لها .

3- أن يتدرب المشاركون في البرنامج على نموذج تنفيذ الفكرة اللاعقلانية للوصول إلى نتائج أكثر منطقية .

4- إعطاء الواجب البيتي وإنهاء الجلسة.

طريقة التنفيذ: الحوار، المناقشة، الأسئلة، نموذج تدريبي.

محتوى الجلسة:

يستقبل المرشد من المشاركين في البرنامج اهتمام ويرحب بهم ويناقش معهم الواجب البيتي حول التخيلات العقلية والانفعالية الايجابية، وكيف نحصل على السعادة والارتياح نتيجة التخيلات الإيجابية.

ينتقل المرشد إلى مفهوم الفكرة اللاعقلانية ويوضح أن هذه الفكرة لاعقلانية وغير منطقية لأن الفرد بدون المشاركة والتفاعل الإيجابي مع الآخرين يعرض نفسه للعزلة والانطواء ويطور أفكار اكتائبية، ولن يستطيع التسلية من غير المشاركة بالمرح والنكات والأنشطة الرياضية.

نشاط رقم (1).

يطلب المرشد من المشاركين في البرنامج الإجابة على الأسئلة الآتية:

- هل نستطيع تحويل الفكرة اللاعقلانية التي تقول: إنك تصل إلى أقصى السعادة الإنسانية بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسك دون الالتزام بشي إلى فكرة عقلانية؟
- ما هي المكاسب التي يجنيها الفرد عندما يتمسك بهذه الفكرة اللاعقلانية؟
- كيف تساهم هذه الفكرة اللاعقلانية في تطوير الأعراض الاكتئابية؟

نشاط رقم (2).

يقوم المرشد في عرض نموذج على المشاركين في البرنامج موضحاً فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبيناً في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية.

نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية :

A- الأحداث والمثيرات البينية Activating events :

تقاعس أحد الأفراد عن ممارسة الرياضية والمشاركة والتفاعل مع أسرته وزملائه، وابتعد عن وسائل التسلية والترفيه حتى وصل به الأمر إلى السمنة والملل وعدم الاستمتاع بالحياة.

B - الفكرة اللاعقلانية :Irrational Beliefs

يستطيع الفرد أن يصل إلى أقصى السعادة الإنسانية بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسه دون الالتزام بشي

C- النتائج Consequences :

1- زيادة في الوزن وضعف عام في القدرات الجسمية .

2- كآبة وملل وحرمان من التفاعل الإيجابي مع الآخرين .

3- شعور بالفراغ والوهن وفقدان الطاقة.

4- زيادة مستوى السكر في الدم.

D- تنفيذ الأفكار اللاعقلانية Disputing:

ينبغي على الفرد أن يعرف الفوائد الصحية التي تحققها الرياضة في التخلص من الكسل والخمول ويدرك أن الحياة بدون تسلية وترفيه هي كآبة وفراغ.

E- الآثار المترتبة على التنفيذ Effects:

- استبدال فكرة أن السعادة تأتي من الكسل والخمول، بفكرة أن السعادة تأتي من المبادرة والتفاعل والإنجازات.
- الوعي بأضرار الكسل والعزلة والإهمال.
- توضيح دور الكسل والخمول في تطوير أعراض الاكتئاب.
- انخفاض مستوى السكر في الدم.

F- مشاعر جديدة New Feeling:

- الاستفادة من أخطاء الآخرين .
- طرد التخيلات السلبية والمشاعر المؤذية للذات.
- المبادرة في التخلص من الكسل والخمول بالانضمام إلى الأنشطة الرياضية والمشاركة الاجتماعية.
- وأخيراً يعطي المرشد الواجب البيتي بأن يذكر كل عضو موقفا ما، تكاسل فيه عن القيام بعمله، وما هي المكاسب التي حققها الفرد نتيجة خموله، وأدى هذا الموقف إلى فكرة لاعقلانية، ثم يحاول تفنيدها مستفيداً من نموذج تفنيد الفكرة اللاعقلانية، ثم يذكرهم بالموعد القادم وينهي الجلسة.

الجلسة الخامسة

المجال: التعرف على الفكرة اللاعقلانية وتفنيدها التي تقول: إنك تستطيع وبسهولة تجنب كثير من المشاكل بدلاً من تنظيم نفسك ومواجهتها.

الأهداف :

1- أن يعرف المشاركون في البرنامج مفهوم هذه الفكرة اللاعقلانية .
2- أن يناقش المشاركون في البرنامج الأسباب التي تجعل هذه الفكرة لاعقلانية ، وكذلك النتائج التابعة لها .
3- أن يتدرب المشاركون في البرنامج على نموذج تفنيد الفكرة اللاعقلانية، للوصول إلى نتائج منطقية .

طريقة التنفيذ: الحوار، المناقشة، الأسئلة، نموذج تدريبي.

محتوى الجلسة:

يستقبل المرشد المشاركين في البرنامج ويرحب بهم ويناقش معهم الواجب البيتي في الجلسة السابقة، عن المكاسب التي حققها الأعضاء نتيجة الخمول والكسل وعدم القيام بالواجبات.

وينتقل المرشد إلى مفهوم الفكرة اللاعقلانية ثم يوضح أن هذه الفكرة لا عقلانية وغير منطقية، وأن تهرب مريض السكري عن القيام بواجباته بحجة أنه مريض تسبب مشاكل عديدة مثل: تراكم الأعمال، والتذمر، وهذا يؤدي فيما بعد إلى مشكلات، وإلى الشعور بعدم الرضا وفقدان الثقة بالنفس. والحياة السعيدة لا تعني الهروب من الواجبات ، فالإنسان العقلاني هو الذي يؤدي واجباته وينظم حياته ويتحمل مسؤولياته دون تذمر أو ألم، لأن تجنب القيام بالمسؤوليات يؤدي إلى نتيجة أشد وأكثر أذى من مواجهتها.

النشاط رقم (1).

يطلب المرشد من المشاركين في البرنامج الإجابة على الأسئلة الآتية:

1- هل نستطيع أن نتخلص من المشاكل بدون تنظيمها؟

2- كيف تؤدي هذه الفكرة اللاعقلانية إلى الاكتئاب؟

3- إذا تمسك الفرد بهذه الفكرة اللاعقلانية كيف ستكون مشاعره وسلوكياته .

النشاط رقم (2).

يقوم المرشد في عرض نموذج على المشاركين في البرنامج موضحا فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبينا في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية.

نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية

A- الأحداث والمثيرات البيئية: Activating events

خالد مريض بالسكري، ويرى أن المشاركة مع الأسرة في متطلبات الحياة اليومية جهد لا يقوم به إلا الأصحاء ولعدم قدرته على التعامل مع المتطلبات الدراسية والعائلية والوظيفية، فإنه يتجنب القيام بواجباته بدلاً من مواجهتها وتنظيم وقته .

B - الفكرة اللاعقلانية: Irrational Beliefs

إن التهرب من تحمل المسؤوليات أسهل بكثير من مواجهتها .

C- النتائج: Consequences

1- تراكم العديد من المشاكل .

2- ازدياد حالات القلق والتوتر والغضب والعزلة الاجتماعية .

3- القيام بأعمال غير أخلاقية كالكذب ، والسرقة ، والاعتمادية.

4- تدني مفهوم الذات وعدم ثقة الفرد بنفسه .

5- صراعات أسرية ومهنية وشخصية .

6- الاكتئاب

D- تنفيذ الأفكار اللاعقلانية Disputing:

1- يجب الإقناع بضرورة أداء الواجبات والقيام بالمهمات الضرورية .

2- إذا لم يقم الفرد بتلك الواجبات والمهام والمتطلبات فما هو البديل المناسب والقانوني الذي يمكن الاعتماد عليه .

3- إن تأدية الواجبات والمهمات مصدر سعادة للفرد ويساعده على بناء الثقة بذاته بعكس تجنب المواقف والمسؤوليات .

4- إن عدم القيام بالمسؤوليات يمكن أن يكون متعباً أكثر مما لو ألزم نفسه بهذه المهمات والمسؤوليات وقام بأدائها .

E- الآثار المترتبة على التنفيذ: Effects

1- القدرة على إتباع أسلوب علمي في حل المشكلات .

2- الشعور بالسعادة والراحة بسبب الثقة في التعامل مع المسؤوليات والمتطلبات .

3- بناء علاقات ايجابية واجتماعية مع الأفراد المقربين والمحيطين به .

4- السعي نحو إجراءات سلوكية وقائية وعلاجية للمشكلات الدراسية والمالية والأسرية .

F- مشاعر جديدة: New Feeling

- الشعور بالراحة والطمأنينة
- غياب حالة التوتر والقلق المستمر
- الابتعاد عن السلوكيات غير المرغوبة وتقبل الآخرين .

وأخيراً يعطي المرشد الواجب البيتي بأن كل مشارك في البرنامج له الحرية في اختيار تنظيم مكتبته، أو غرفته، أو مزرعته، أو أغراضه الشخصية، ثمّ يسجل المكاسب التي حصل عليها مقارنة بعدم تنظيمه لأعماله في السابق ويختم الجلسة.

الجلسة السادسة

المجال: التعرف على الفكرة اللاعقلانية وتفنيدها التي تقول: إن ماضيك وأحداثه يبقى ماثل أمام عينيك وإذا حدث لك بالماضي أمر يبقى تأثيره طول عمرك.

الأهداف :

1- أن يتعرف المشاركون في البرنامج على مفهوم هذه الفكرة اللاعقلانية.

2- أن يناقش المشاركون في البرنامج والأسباب التي تجعل هذه الفكرة لاعقلانية ، وكذلك النتائج التابعة لها .

3- أن يتدرب المشاركون في البرنامج على نموذج تنفيذ الفكرة اللاعقلانية للوصول إلى نتائج أكثر منطقية .

طريقة التنفيذ: الحوار، المناقشة، الأسئلة، نموذج تدريبي.

محتوى الجلسة:

يستقبل المرشد المشاركين في البرنامج ويرحب بهم، ويناقش معهم الواجب البيتي الذي طرح عليهم في الجلسة السابقة عن تنظيم الوقت والأشياء الخاصة بهم.

ثم ينتقل إلى مفهوم الفكرة اللاعقلانية ثم يوضح أن هذه الفكرة لا عقلانية وغير منطقية لأنه قد يبدو لك أنه من الصعب تغيير المشكلات المتعلقة في الماضي ، إلا أنه ليس مستحيلاً، والشخص العقلاني المنطقي يعترف بأن الخبرات الماضية هي جزء مهم في حياته ، ولكنه في المقابل يدرك أيضاً أنه من الممكن تغيير الحاضر، وعدم الاستسلام للماضي كعذر للهروب من الواقع.

نشاط رقم. (1).

- لماذا فكرة أن ماضيك وأحداثه يبقى ماثل أمام عينيك وإذا حدث لك بالماضي أمر يبقى تأثيره طول عمرك هي فكرة لاعقلانية ؟

- كيف تؤدي هذه الفكرة إلى الاكتئاب؟

- ما هي النتائج التي يكتسبها الفرد من التمسك بهذه الفكرة؟

نشاط رقم. (2).

يقوم المرشد بسرد قصة عن عدم استسلام صاحب نظرية العلاج المعرفي السلوكي (البرت إليس). لمرض السكري عندما أصيب مرض سكري البول في السنة السابعة من عمره، وأصيب بسكري الدم في السنة الأربعين من عمره، وتوفي عن عمر ثلاثة وتسعين عاما حافلة بالانجازات.

النشاط رقم (3).

يقوم المرشد في عرض نموذج على المشاركين في البرنامج موضحاً فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبيناً في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية

نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية

A- الأحداث والمثيرات البيئية: Activating Events

إن الطلاق الذي حصل بين والدي ووالدتي أو بيني وبين زوجتي سوف يمنعني من الزواج في المستقبل أو حتى التفكير بالارتباط مع امرأة، بعد ان اثر على نفسيتي وكان أحد الأسباب في إصابتي بمرض السكري.

B - الفكرة اللاعقلانية : Irrational Beliefs

إن الخبرات والأحداث الماضية تحدد السلوك في الوقت الحاضر وأن خبرات الماضي لا يمكن استبعادها أو محوها .

C- النتائج Consequences :

1- بغض النساء.

2- عدم الرضا عن الأسرة بشكل عام.

3- التأخر في الزواج أو رفضه.

4- التأكيد على الحوادث الماضية السيئة في محتوى حديثه وسلوكياته .

5- شعور بالقلق والتوتر والاكتئاب .

D- تفنيد الأفكار اللاعقلانية: Disputing

1- لماذا التركيز بشكل مفرط على الأحداث السيئة في تحديد سلوكنا دون التركيز على الأحداث الإيجابية.

2- إن الأحداث الماضية التي كانت مهمة ليس بالضرورة أن تبقى مهمة في الحاضر.

3- ما هي المبررات المنطقية في التركيز على الخبرات الماضية في تحديد سلوك الحاضر.

4- يجب أن نعمل على هزم المواقف الماضية بالمواجهة والتفكير.

5- نتذكر دائما بأن الأحداث الماضية مهمة إذا ساعدت في تحسين الوضع الحالي للأفضل والشعور بالسعادة والراحة .

E- الآثار المترتبة على التنفيذ: Effects

- الاستفادة من الخبرات الماضية في تحسين الوضع الحاضر والمستقبل .
- التركيز على الحاضر (هنا والآن)
- استبعاد الخبرات المؤلمة، واستبدالها بمشاعر إيجابية .

F- مشاعر جديدة: New Feeling

- الشعور بالثقة وتأكيد الذات .
- التفكير في البحث عن زوجة في المستقبل .
- انبعاث الأمل والتفاؤل.

وأخيراً يعطي المرشد الواجب البيتي بأن يذكر كل مشارك في البرنامج موقفا مرّ في حياته من الماضي ومازال ماثلاً أمام عينيه، وكيف أدى إلى فكرة لاعقلانية، ثم يحاول تفنيده مستفيداً من نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية. ثم يذكرّهم بالموعد القادم وينهي الجلسة.

الجلسة السابعة

المجال: التخلص من آثار السكري النفسية أو التخفيف منها.

الأهداف

1- أن يتدرب المشاركون في البرنامج على أسلوب المرح .
2- أن يركز المشاركون في البرنامج على نشاطات التسلية أكثر من التركيز على هزيمة أنفسهم.
3- محاولة إخراج المشاركين في البرنامج من الجدية المبالغ فيها والتي قد تضخم وتفاقم مشكلة الاكتئاب.
4- أن يسخر المرشد والمشاركون في البرنامج من الأفكار اللاعقلانية، لكي يتقبل العضو نفسه بكل ما فيها.

طريقة التنفيذ: الحوار، والنقاش، القصة، لعب الدور.

محتوى الجلسة: يرحب المرشد بالمشاركين في البرنامج ويناقش معهم الواجب البيتي الذي طرح عليهم في الجلسة السابقة، عن بقاء الماضي ماثلا أمام الشخص طول حياته. ثم يقوم المرشد بمناقشة الأعضاء عن الأفكار اللاعقلانية في الجلسات الماضية بأسلوب مرح ونكات، بمشاركة الأعضاء ويطمأن الأعضاء بأنهم استبدلوا الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية، وقد سنحت الفرصة الآن للسخرية والضحك على الأفكار اللاعقلانية، بطرح قصة لشخص ما، من غير أعضاء المجموعة، ثم يترك الفرصة لمن أراد أن يضحك من أفكاره السابقة بطريقة درامية.

النشاط رقم (1).

يبدأ المرشد النشاط في قصة عن فكرة لاعقلانية قيل فيها أن رجلا جاءته أفكار لاعقلانية حيث توقع أنه حبة قمح وليس إنسان وأنه سيصبح وجبة للدجاج، وبعد أن أقنعه المرشد النفسي بأنه إنسان اقتنع قليلاً، ثم قال أنا اقتنعت بأنني ليست حبة قمح، ولكن من يقنع الدجاج؟!

ثم يترك المجال للأعضاء بأن ينتقدوا هذه الفكرة ويناقشوها ويتحاوروا فيها بأسلوب مرح وتسلية وضحك.

النشاط رقم (2).

يطلب المرشد من المشاركين في البرنامج القيام بالتمثيل الدرامي حول فكرة لاعقلانية، وتمثيلها بأسلوب هزلي مثلاً: قصة لرجل يقوم بدور المريض عندما يطلب إليه القيام في واجباته، ويزول عنه المرض عندما يقوم بواجبه شخص آخر.

ثم يطلب المرشد من المشاركين في البرنامج يذهبوا للأماكن الترفيهية الاجتماعية، ويشاركوا الآخرين في التسلية، ويعطي كل مشارك في البرنامج لنفسه رسائل إيجابية ويقول: إنه لشيء يدعو إلى السرور أن أكون محبوبا ومتفاعلا مع الجميع.

<u>الجلسة الثامنة</u>

المجال: التدرب على أسلوب حل المشكلات

الأهداف:

1- استخدام استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي.
2- التدريب على أسلوب الاسترخاء العضلي.

طريقة التنفيذ: المناقشة، الحوار، لعب الدور.

محتوى الجلسة: يرحب المرشد بالمشاركين في البرنامج ويناقش معهم الواجب البيتي في الجلسة السابقة عن التسلية والتفاعل مع الآخرين بالأماكن الترفيهية والاجتماعية. ثم يبيّن للأعضاء أن المرضى المصابين بالأمراض المزمنة يواجهون مشكلات عديدة منها: التفكير بمشكلة بتر الأعضاء، والخوف من الغيبوبة، والفشل الكلوي، وفقدان البصر، والضعف الجنسي، والخجل من

الاعتراف بمرض السكري أمام المجتمع وغيرها من المشكلات التي تساهم في تطوير أعراض الاكتئاب.

النشاط رقم (1).

يساعد المرشد المسترشد في كيفية الاعتراف بالمشكلة، وإدراكها وتعريفها وتحديدها وإيجاد الحلول المناسبة لها، واختيار البديل الأفضل. حيث يعرض المرشد قصة لشخص من الذين أمضى أكثر من عشرين عاماً بالإصابة بمرض السكري، دون حدوث أي مشاكل اكتئابية له، مجرد أنه اعترف بأن مرض السكري ليس عيب، وأنه يتحدث عن مشاكله دون خجل، وقد التزم بتوجيهات الطبيب وتوصيات أخصائي التغذية، والانتظام على العلاج الدوائي وممارسة التمارين الرياضية المناسبة.

النشاط رقم (2).

يطلب المرشد التطوع من أحد المشاركين في البرنامج أن يتنفس بعمق ويستعد للتدريب على أسلوب الاسترخاء العضلي كأحد الأساليب التي لها دور في حلول بعض المشكلات، ثم يدربه المرشد أمام جميع المشاركين في البرنامج على النحو الآتي .

- استرخ على سرير مريح ثم تنفس بعمق ثلاث مرات متتالية.
- أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام، وشدها بقوة، ولاحظ التوتر الذي تشعر به في يدك، واسترخ الآن، وافتح يدك.
- أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام، وشدها بقوة، ولاحظ التوتر والشد الذي تشعر به في يدك، واسترخ وافتح يدك.
- أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام، واثن ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة في أعلى ذراعك، الآن استرخ ولاحظ الدفء الذي ينتشر في ذراعك وأصابعك.

- الآن أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام، واثن ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة في أعلى ذراعك، واسترخ الآن وركز على المشاعر ولاحظ الاسترخاء والدفء.
- أغلق راحة يدك اليمنى وراحة يدك اليسرى بكل قوة ممكنة، واثن ذراعيك أيضاً، لاحظ التوتر الذي تشعر به الآن، استرخ واشعر بالدفء والراحة.
- الآن شد عضلات جنبيك، وأغلق عينيك بقوة، لاحظ التوتر في مقدمة راسك وفي عينيك ، استرخ الآن وقارن مابين مشاعر الشد والتوتر ومشاعر الاسترخاء والراحة.
- لننتقل الآن إلى فكيك، أطبقهما بقوه ارفع ذقنك بقوة إلى الأعلى حتى تتوتر عضلات رقبتك، ابق كما أنت قليلاً، أغلق شفتيك بقوة، الآن استرخ واشعر بالراحة.
- الآن، أغمض عينيك بقوة، أطبق فكيك، ارفع ذقنك إلى الأعلى بقوة وأغلق شفتيك بقوة ، لاحظي التوتر في جنبيك وعينيك وفكيك وشفتيك ورقبتك، الآن، استرخ كاملاً، واستمتع بمشاعر الاسترخاء.
- ادفع بكتفيك بقوة إلى الأمام إلى أن تشعر بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من ظهرك، اضغط بقوة، ابق كما أنت، الآن استرخ.
- مرة أخرى ادفع بكتفيك إلى الأمام وفي نفس الوقت شد عضلات بطنك إلى الداخل إلى أقصى درجة ممكنة، لاحظ التوتر في منطقة المعدة، ابق كما أنت الآن استرخ، وقارن بين مشاعر الشد التوتر وبين مشاعر الراحة والاسترخاء.
- الآن، سوف نقوم بعمل مسح لجميع العضلات السابقة: أولا تنفس بعمق ثلاث مرات، أغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى بإحكام، اثن ذراعيك بقوة وأغلق شفتيك، لاحظ التوتر في كل جزء في جسمك، استرخ الآن وتنفس بعمق، استمتع بزوال التوتر

وفكر بالاسترخاء العام في كل عضلاتك، في ذراعيك ورأسك وكتفيك وبطنك، كل ما عليك عمله هو الاسترخاء.

- الآن دعنا ننتقل إلى رجليك، اضغط على كعب قدمك اليمنى إلى الأسفل ارفع أصابع قدمك إلى أن تشعر بتوتر شديد الآن استرخ.
- اضغط الآن على كعب القدم اليسرى بشدة إلى الأسفل، وارفع أصابعك رجلك حتى تشعر بتوتر شديد الآن استرخ.
- سننتقل الآن إلى الرجلين معاً اضغط على كعبيك إلى الأسفل بقوة، وارفع أصابع رجليك إلى أقصى درجة ممكنة، ابق كما أنت، الآن استرخ.
- الآن، تنفس بعمق ثلاث مرات، شد العضلات التالية كما فعلت من قبل ، راحة يدك اليمنى والعضلة في أعلى الذراع، راحة يدك اليسرى والعضلة في أعلى الذراع ، الجبين والعينين والفكين والرقبة والشفتين والكتفين والبطن والرجلين ابق كما أنت قليلاً، الآن استرخ، تنفس بعمق ثلاث مرات، استرخ، تنفس كالمعتاد واستمتع بالاسترخاء العام في جسمك.

وقبل الانتهاء من الجلسة يعطي المرشد الواجب البيتي بأن يتدرب كل مشارك في البرنامج على تمرينات الاسترخاء العضلي، ويعطي المرشد جميع المشاركين في البرنامج نسخة مطبوعة من التمرين. ثم يذكرهم بموعد الجلسة القادمة بأنها ستكون في الصالة الرياضية، وينهي الجلسة.

الجلسة التاسعة

المجال: التدريب على وسائل التسلية

الأهداف:

1- استخدام التمارين الرياضية.

2- تقديم التغذية الراجعة.

3- تطبيق التعاقد السلوكي

طريقة التنفيذ: النقاش، القصة، نشاط رياضي، استخدام جهاز السكري.

المحتوى:

يستقبل المرشد المشاركين في البرنامج ويرحب بهم، ثم يناقش معهم الواجب البيتي السابق عن الاسترخاء العضلي. ثم يبيّن المرشد للأعضاء بأنه سيقوم بقياس مستوى السكر بالدم قبل البدء بالتمرين الرياضي، ويعيد القياس مرة أخرى بعد الانتهاء من التمرين.

النشاط رقم (2)

يحكي المرشد قصة عن دور الرياضة في حرق السعرات الحرارية، ودورها في خفض مستوى الاكتئاب، ثم يقسم المرشد أعضاء المجموعة حسب العمر والميول الرياضية إلى ثلاث مجموعات، مجموعة لكرة التنس، والمجموعة الثانية للتمارين السويدية، والمجموعة الثالثة لا تتلقى التدريب، وإنما تراقب النتائج، لمدة نصف ساعة، ثم يقوم بقياس نسبة السكر بعد التمرين .

النشاط رقم (2).

يقدم المرشد التغذية الراجعة للأعضاء من واقع القياس والأرقام التي ظهرت على الجهاز (قبل، وبعد) التمرين الرياضي، ثم يبيّن المرشد للأعضاء كيف تساهم الرياضة في الاستقرار النفسي وحرق السعرات الحرارية الزائدة. ثم يتفق المرشد مع الأعضاء على المكافأة المالية وهي حصول كل عضو على جهاز فحص السكري مجانا، واشتراك لمدة شهر بالنادي الرياضي مجانا عندم

يلتزم أي عضو بالتمارين الرياضية يوميا لمدة نصف ساعة بعد الأكل بساعتين حتى نهاية البرنامج.

ثم يطلب المرشد من المشاركين في البرنامج واجب بيتي بأن يقوم كل عضو بممارسة نشاط رياضي يناسبه، ومن ثم يقوم بفحص نفسه ليتعرف على انخفاض مستوى السكر بالدم بعد التمرين في نصف ساعة، ثم يشكر الأعضاء على حضورهم للصالة الرياضية ويختم الجلسة.

الجلسة العاشرة

المجال: إعادة البناء المعرفي

الأهداف

1- توضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.

2- توضيح كيف تتأثر العلاقة بين المشاعر والسلوك بالمعتقدات.

3- استكشاف وتمييز وتسجيل الأفكار السلبية.

طريقة التنفيذ: المحاضرة، الحوار، النقاش، عرض فيلم.

محتوى الجلسة:

يرحب المرشد بالمشاركين في البرنامج ويناقش معهم الواجب البيتي الذي طرح عليهم في الجلسة السابقة عن دور النشاط الرياضي في الاستقرار النفسي وحرق السعرات الحرارية.

ثم يوضح بأن التفكير يسبق الفعل والسلوك وبكلمات أخرى ، فإن الفرد يملك أفكاراً عن ماذا سيفعل قبل البدء بالسلوك بطريقة معينة في معظم الأحيان. وهكذا فإذا كانت الأفكار سلبيه فإن الأفعال ستكون أيضاً سلبية. ولتعديل الحديث الذاتي الهدام من الضروري تعديل عمليات التفكير، والعمل على تحويل المشاعر السلبية إلى مشاعر ايجابية.

النشاط رقم (1).

يقوم المرشد بإعداد نشرة تثقيفية حول التعامل مع مشاعر الجوع، وممارسة التمارين، وزيادة الوزن، بالإضافة إلى ورقة تحتوي على مستوى السعرات الحرارية بكل أنواع الغذاء، ويضع هذه النشرة بين يدي المشاركين في البرنامج ليتناقشوا فيها جميعا.

ويتم توضيح أنه عادة ما يتم النظر إلى مشاعر الجوع على أنها مشاعر غير ممتعه بالنسبة للشخص الذي يعاني من الزيادة في الوزن، أو الشخص المصاب بمرض السكري، ولكن إذا استبدل هذا الشخص المشاعر السلبية بالمشاعر الإيجابية، على أن الجوع عمليه تحويل الدهون إلى طاقه ، فإنه سيصبح شعوراً مقبولاً بل وممتعاً أن يشعر بالجوع في بعض الأحيان. ويمكن التفكير بطريقة مشابهه بشعور التعب والألم في العضلات بعد ممارسة التمارين الرياضية، لأنها دليل على التقدم في حرق السعرات والنجاح في إنقاص الوزن . وقد يميل الأشخاص ذوي الزيادة في الوزن إلى التفكير بطريقة معينه فهم يرون العالم بلون أبيض أو أسود ، وينظرون لأنفسهم بطريقة جيده أو سيئة ، فإما لا شيء أو كل شيء فإذا ما استمروا بالتفكير بهذه الطريقة فإنهم سيكونون عرضة للاكتئاب. وميولهم أيضاً إلى التفكير بطريقة سلبيه عن ذواتهم حيث يقول الفرد لنفسه بشكل متكرر " أنا سمين لن يجدي معي نفعاً أي برامج " فإذا ما استمروا بذلك فإنهم ينجحوا في تعديل سلوكاتهم في الأكل إلا إذا قال الفرد لنفسه " توقف " ثم سأل نفسه عن سبب تفكيره بطريقه سلبيه فإذا ما كان السبب هو زيادة كمية أكله في ذلك اليوم ، عليه أن لا يقسو على نفسه ، وأن يخبرها عن النجاحات الأخرى التي حققها في البرنامج.

النشاط رقم (2).

عرض فيلم بعنوان <u>I had a *black dog*، His name was *depression*</u>

وتقديم ورقة لأعضاء المجموعة مكتوب فيها ترجمة الفيلم بالعربي ومناقشة تأثير الأفكار على المشاعر ودور هذه الأفكار السلبية في تطوير الاكتئاب. ثم يطلب من الأعضاء متابعة الأفلام ذات

الصلة عن تأثير الأفكار على المشاعر والسلوك، ثم يثني على الجميع ويوضح لهم أنه ما بقي إلا القليل من الجلسات ثم يختم الجلسة.

الجلسة الحادية عشر

المجال: دور البصيرة في إعادة أو تضليل البناء المعرفي.

طريقة التنفيذ: الشرح، الحوار، المناقشة.

المحتوى: يستقبل المرشد المشاركين في البرنامج ويرحب بهم، ثم يناقش معهم الواجب البيتي السابق عن متابعة فيلم عن دور الأفكار على المشاعر والسلوك، ثم يبين أن الله سبحانه يخاطب في القرآن أصحاب العقول وألوا الأبصار، وأن البصيرة لها الدور الكبير في سعادة الإنسان وتعاسته.

النشاط رقم (1).

شرح دور البصيرة المضللة، وكيف يستنتج الفرد بأن الحوادث ليست هي التي تسبب الانفعالات بل نظرة الشخص وتفسيره لتلك الحوادث هي التي تسبب الانفعالات.

ثم يقوم المرشد بتعزيز الإدراك العقلي لجميع المشاركين في البرنامج ويطلعهم على نشرة دينية أعدها المرشد تبين السبب والنتيجة للاكتئاب كمشكلة نفسية، وكيفية التعامل مع هذه المشكلة. حيث يبين فيها المرشد أسباب التغيير النفسي مستشهداً في قوله تعالى: { إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم }. وكيفية التعامل مع هذا التغيير أثناء مرحلة العلاج مستشهداً في قوله تعالى: { الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب }. بعد ذلك يبين للمسترشدين النتيجة في حين عدم الاقتناع بفعالية هذه الطريقة العلاجية مستشهدا في قوله تعالى: قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعا إنه هو الغفور الرحيم.

النشاط رقم (2)

عرض فيلم عن النفس والاكتئاب والحياة (51) دقيقة.

ثم يطلب المرشد واجب بيتي بأن يقوم كل مشارك في البرنامج بمراقبة أفكاره ويسجل الأفكار السلبية والايجابية. ثم يذكرهم بموعد الجلسة القادمة وينهي الجلسة.

الجلسة الثانية عشر

المجال: التدريب على بعض المهارات السلوكية الفعالة الموجهة.

الأهداف

1- تحسين سلوك الفرد الاجتماعي للتقليل من مشاعر الخجل والاكتئاب.

2- تقبل النقد والتعبير عن المشاعر بطريقة بناءة.

3- أن يمارس المشاركون في البرنامج أسلوب الاسطوانة المشروخة.

طريقة التنفيذ: الحوار، القصة، لعب الدور، المناقشة، النمذجة.

محتوى الجلسة:

يرحب المرشد بالمشاركين في البرنامج ويناقش معهم الواجب البيتي الذي طرح عليهم في الجلسة السابقة، حول تسجيل الأفكار الايجابية والأفكار السلبية، والعلاقة بين المشاعر السلبية والخجل ودورها بعدم تقبل النقد. ثم يدرب المرشد المشاركين في البرنامج على بعض المهارات الاجتماعية التي أثبتت الدراسات أنها ساهمت بشكل كبير في تخفيض مستوى الاكتئاب، وهذا الأسلوب يعتبر مجالاً هاماً للتنفيس الانفعالي ويسمح للتعبير عن الذات والمشاعر، ويساعد على التكيف الاجتماعي من خلال التعرف على السلوكيات غير المقبولة، وتقديم التغذية الراجعة من قبل القائد والمشاركيز في جو آمن خال من الانتقاد.

نشاط رقم (1).

يقوم المرشد بطرح التساؤل التالي : ماذا يمكن أن تفعل لو قيل لك أنت إنسان عصبي؟ أو شخص غير منجز لأعمالك؟ أو تطورت لديك اللزمات الحركية بشكل يلفت انتباه الآخرين؟ وبعدها يطلب من الأفراد أن يمثلوا المواقف بطريقة درامية ، ويشجعون على العفوية، فيؤدون نفس الحوار المستعمل أثناء نمذجة المهارة ، ويطلب المرشد من المشاركين في البرنامج التخلص من:

1- اللازمات الحركية مثل: هز القدمين، فرك اليدين اللعب بالشعر والأذن، إن هذه السلوكات غير اللفظية الأكثر بروزاً لدى الأفراد الخجولين كما هو الحال لدى المكتئبين.

2- تقبل النقد البناء والتعبير عن المشاعر بطريقة بناءة، تعد هذه المهارة من أهم عناصر السلوك التأكيدي ، والذي يعني حسبما أشار إليه ولبى(Wolpe) أنه التعبير الملائم عن العواطف للتخلص من الاكتئاب.

النشاط رقم (2).

يبدأ المرشد قوله قد لا تكون التمارين السابقة كافية مع الأشخاص الذين اعتادوا أن يغضبوك بسهولة، وليس من السهل أن يقبلوا مرحلة التغيير التي تعلمتها من حضورك لهذا البرنامج، وما عليك إلا أن تلجا إلى أسلوب الأسطوانة المشروخة للتقليل من الغضب، وحتى لا تشجع ذلك الشخص على تأكيد طلبه.

ويتمثل أسلوب الاسطوانة المشروخة بأن يقوم الفرد بترديد نفسه حتى يرهق الشخص الآخر، فأنت تكرر رفضك وتحافظ على نغمة صوت ثابتة وهادئة، وتراقب نفسك بعدم رفع صوتك، ولا تنزعج مهما قال لك الطرف الآخر، حتى لا تشجعه في تحقيق طلبه، ومن الأفضل أن تختار جملة واحدة مناسبة للموقف وتكررها بنفس الكلمات مهما حاول الشخص الآخر وضع طلبه بأشكال مختلفة. حتى يتحقق لك التعبير عن مشاعرك وحقوقك والتأكيد على موقفك ومطالبك دون الخضوع لمطالب الآخرين بسهولة ويسر.

وأخيراً يعطي المرشد الواجب البيتي بأن يذكر كل مشارك موقفا مرّ في حياته وأدى إلى اللازمات الحركية، وعدم تقبل النقد، ويسجل هذا الموقف. ثم يتدرب على أسلوب الأسطوانة المشروخة. وقبل إنهاء الجلسة يذكر المرشد الأعضاء بالموعد القادم وينهي الجلسة.

<u>الجلسة الثالثة عشر</u>

المجال: الجلسة الختامية والتقييم

الأهداف

1- أن يناقش المشاركون في البرنامج الأفكار الإيجابية والسلبية التي برزت في الجلسات السابقة.
2- أن يستخدم المرشد اللغة المشحونة عاطفيا (المنفعلة).
3- تطبيق الاختبار البعدي على مقياس بيك للاكتئاب.
4- أن يوذع المشاركون في البرنامج بعضهم البعض.

طريقة التنفيذ: المناقشة والحوار، التدعيم الاجتماعي.

محتوى الجلسة: يعلن المرشد للمشاركين في البرنامج أن هذه الجلسة هي الجلسة الأخيرة، وأنه لابد من حدوث تغيرات إما إيجابية أو سلبية . ولابد اليوم من حدوث الانفصال بعد أن جمعنا هذا البرنامج على ثلاثة عشرة جلسة، حصل بيننا فيها مناقشات وحوارات واختلاف في وجهات النظر، وكل شخص يختلف في تفسيره لوجهة النظر عن الشخص الآخر، مما يسبب نوعا من الشعور بالغضب أو الفرح، أو يحدث نوعا من الرضا أو الإحباط.

النشاط رقم (1).

يطلب المرشد من كل مشارك في البرنامج يختاره زملاؤه المشاركون في البرنامج بأن يوجه كلمة يعبر فيها عن مدى الفائدة من هذا البرنامج، ويذكر الايجابيات والسلبيات التي يراها من

وجهة نظره. ويترك حرية النقاش للمشاركين بعد الكلمة. ثم يستخدم المرشد اللغة المشحونة الموجهة القوية التي تحث الأعضاء على السعي وراء الفائدة المعرفية والاستبصار العقلي والاستبصار الوجداني والتخلص من المشاعر السلبية، ومهاجمة الأفكار اللاعقلانية،

النشاط رقم (2).

يطلب المرشد من كل مشارك في البرنامج الإجابة على مقياس بيك للاكتئاب، ثم ينهي المرشد البرنامج بقوله: نحمد الله ونشكره الذي أمدنا بالصحة والسعادة في هذا البرنامج، وبعد أن تعلمنا الشيء الكثير لابد أن يودع بعضنا بطريقة مناسبة، وكل شخص له الحرية في طريقته بالوداع، من أراد أن يودع بكتابة بيت من الشعر، أو بخاطرة قصيرة، أو برسم كاريكاتير، أو بالطريقة التقليدية، ثم يختم البرنامج بالشكر والتقدير للجميع.

ملحق (ت)

قائمة بأسماء محكمين البرنامج الإرشادي

المحكم	التخصص	مكان العمل
أ.د محمد السفاسفة	الإرشاد النفسي والتربوي	عميد كلية التربية جامعة مؤتة
أ.د أحمد عربيات	الإرشاد النفسي والتربوي	رئيس قسم الإرشاد جامعة مؤتة
أ.د عماد الزغول	علم النفس التربوي	جامعة مؤتة
أ.د محمد صوالحه	علم النفس التربوي	جامعة اليرموك
د. رعد الشاوي	الإرشاد النفسي والتربوي	جامعة اليرموك
د. عبد الكريم جرادات	الإرشاد النفسي والتربوي	جامعة اليرموك
د. بكر الكوز	استشاري الطب النفسي	مستشفى الأمل بالقريات
د. خالد محمود المغربي	استشاري الطب النفسي	مستشفى الأمل بالقريات
د. موسى الرشيدي	الإرشاد النفسي والتربوي	جامعة الكويت
د. نور الدين السنباري	الإرشاد النفسي والتربوي	كلية المجتمع بالقريات
د. يزيد الشهري	الإرشاد النفسي والتربوي	جامعة الملك عبدالعزيز

ملحق (ث)

كتب تسهيل المهمة

1433/12/29 13324 وارد عام

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
٢٦٩
وكالة الوزارة للشؤون التعليمية
الإدارة العامة للعلاقات الجامعية
إدارة شؤون الجامعات

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

" رسالة هاتفية "

سعادة الملحق الثقافي السعودي في الأردن   الموقر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته!!!

أشير إلى خطابكم رقم ١٩٦٩٨ وتاريخ ٢٣ / ١٢ /١٤٣٣هـ بشأن الطلب المقدم من الطالب/ عبدالرحمن عبيد مدحان العازمي لدراسة تخصص (علم النفس الإرشادي) لمرحلة الدكتوراه بجامعة اليرموك، بخصوص بحثه الذي هو بعنوان: " أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري في محافظة القريات"، المتضمن طلب تسهيل مهمة الباحث في الحصول على بعض البيانات النوعية والكمية من عينة من مرضى السكري بمحافظة القريات وطلبكم التوجيه بهذا الخصوص.

نود الإحاطة بأنه لا مانع نظاماً من تسهيل المهمة في الحصول على البيانات المطلوبة بعد موافقة الجهة المعنية بالدراسة.

ولسعادتكم أطيب تحياتي !!!

وكيل الوزارة للشؤون التعليمية

د. محمد بن عبدالعزيز العوهلي

الرقم 144880 صادر عام   التاريخ 1433/12/29   المرفقات

هاتف ٤٤١٥٥٥٥ ١ ٩٦٦+ فاكس ٤٤١٩٠٠٤ ١ ٩٦٦+   www.mohe.gov.sa   info@mohe.gov.sa   T +966 1 441 5555 F +966 1 441 9004

٢٦/ ٢٤

ROYAL EMBASSY OF SAUDI ARABIA
CULTURAL MISSION
AMMAN

سفارة المملكة العربية السعودية
الملحقية الثقافية
عمان

١٠٦٦٩٣٥٧٥٨

سعادة مدير عام الشؤون الصحية بمحافظة القريات المحترم

السلام عليكم ورحمة الله بركاته...وبعد:

إشارة لخطاب سعادة وكيل الوزارة للشؤون التعليمية المكلف رقم ١٤٤٨٨٠ الوارد إلينا بتاريخ ١٤٣٣/١٢/٢٩هـ والمتضمن الموافقة على تسهيل مهمة الطالب / **عبد الرحمن عبيد سدحان العازمي، الملتحق بجامعة اليرموك** في تخصص علم النفس الإرشادي لمرحلة الدكتوراه في إجراء بحث ميداني وجمع معلومات تتعلق ببحثه لرسالة الدكتوراه التي هي بعنوان **(أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري في محافظة القريات).**

نأمل التلطف بالنظر في امكانية تسهيل مهمة المذكور وموافاتنا بموافقتكم على ذلك.

ولسعادتكم تحياتي وتقديري،،،

الملحق الثقافي السعودي في الأردن

أ.د. محمد بن مفرح شبلي القحطاني

الرقم: ١٥٠٢ التاريخ: ٢١/٢/١٤٣٤هـ الموضوع: .... المرفقات: ....

www.saamm.org.jo - E-mail: saamjo@saom.org.jo

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
مديرية الشئون الصحية بمحافظة القريات
مركز السكري

وزارة الصحة
Ministry of Health

الرقم: ٩١ / ٦٨ / ٥٤
التاريخ: ٢٩ / ٦ / ١٤٣٤هـ
المشفوعات: —

سعادة / مدير الشئون الصحية بمحافظة القريات **الموقر**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بناء على خطاب سعادتكم الوارد بتاريخ ١٤٣٤/٣/٢١هـ المبنى على خطاب سعادة وكيل الوزارة للشئون التعليمية المكلف رقم ١٤٤٨٨٠ وتاريخ ١٤٣٣/١٢/٢٩هـ بشأن تسهيل مهمة الباحث/عبدالرحمن عبيد العازمي الملتحق في جامعة اليرموك بالأردن تخصص علم النفس الإرشادي لمرحلة الدكتوراه ..

عليه فإن مركز السكري بمحافظة القريات يشهد بأن الباحث/عبدالرحمن عبيد العازمي قد عقد مقابلات فرديه وجلسات جماعية اطلع فيها على الملفات واختار من خلالها العينة التجريبية والضابطة وطبق مقياس بك للاكتئاب ونفذ البرنامج العلاجي النفسي لخفض مستوى الاكتئاب لدى عينه من مرضى السكري في محافظة القريات،

وقد أتيحت له الفرصة باستخدام الوسائل الالكترونية للعرض على البروجكتر في قاعة المحاضرات بالمركز إلى أن اختتم جلسة الأخيرة في تاريخ ١٤٣٤/٦/١٣هـ

هذا لعناية سعادتكم للإطلاع والإحاطة .. وتقبلوا أطيب تحياتي ...

مدير مركز السكري

د/سلطان بن سعود العتيبي

- صورة / للملفات
- صورة / لمكتبنا
- صورة / للصادر / لـ ——

ALODAH POLYCLINIC
CENTER

ALODAH

مجمع عيادات
العـودة الطبي

التاريخ ١٠ / ٧ / ١٤٣٩هـ

٥/٢٢/٢٠١٣

بسم الله الرحمن الرحيم

" الى من يهمه الأمر "

قدم المجمع الطبي لعيادات وصيدليات العودة مكافآت تشجيعية وهي مجموعة من أجهزة فحص السكري للمرضى الذين طبقت عليهم دراسة بعنوان: أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري في محافظة القريات.

والمكافأة عبارة عن جهاز فحص السكري لكل متدرب من العينة التجريبية ، وذلك إيمانا بأهمية التدعيم الاجتماعي، وتقديرا للباحث/ عبدالرحمن عبيد العازي، على جهوده.

والله الموفق لنا أجمعين...

مجمع عيادات العودة الطبي

الأدارة العامه

محافظة القريات. حي المطار. بجانب أسواق الخميس. شمال جامع الزامل. هاتف ٠٤/٦٤١٧٦١٣ - ٠٤/٦٤١٢٦٦٦
Qurryat - Tel 04/ 6417613 - 04/ 6412666
al_odah_clinics@hotmail.com

Abstract

Al-azmi. Abdurrahman Obied. The Effect of a Cognitive Behavioral Treatment Program in Reducing the Level of Depression among a sample of Diabetes Patients in Qurayyat Governorate. PhD Dissertation. Yarmouk University. 2013.

(Supervisor: Dr. Qasem Samour)

The purpose of this study is to investigate the effect of a cognitive behavioral treatment program in reducing the level of depression among a sample of first and second type diabetes patients in Qurayyat governorate. The population of the study consisted of all diabetes patients visiting the diabetes center in Qurayyat governorate in Saudi Arabia. The researcher selected an available sample of patients who scored (16) and above on Beck list as the sample totaled (24) patients، the researcher agreed with (12) patients to form the experimental group and other (12) to form the control group. The researcher، administrated a cognitive behavior counseling program on the experimental group>

The findings of the study showed that there were significant statistical differences attributed to the effect of the group at the level of (in the favor of the experimental group confirming the effectiveness of the counseling program. Moreover، there were significant statistical differences between the pre-test and the post-test in the favor of the post-test.

Finally، there were no significant statistical differences attributed to diabetes type in both pre-test and the post-test.

Key Words: Depression. Diabetes Patients. Cognitive behavior program. Qurayyat.